DES

HÉMORRHAGIES INTRAPÉRITONÉALES

ET DE

L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE

Considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire

DU MÊME AUTEUR

1° **Des fistules anales sous-muqueuses.** *Gazette hebdomadaire,* 1889.

2° **Kystes hydatiques multiples du foie.** *Bull. Soc. anatom.*, 1889.

3° **Hyperostose des os de la jambe chez un variqueux.** *Ibidem.*

4° **Adénites tuberculeuses de l'aisselle à forme lymphadénique.** *Ibidem,* 1891.

5° **Des indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urèthre** (en collaboration avec le Dr Legueu). *Annales génito-urinaires,* 1892.

6° **Rate ou rein** (Revue clinique). *Ibidem.*

7° **Grossesse tubaire. Rupture. Mort.** *Bull. Soc. anat.*, 1893.

8° **Chondrome ostéoïde du pied.** *Ibidem.*

9° **Adénite inguinale d'origine utérine.** *Ibidem.*

10° **Sarcome kystique du sein.** *Ibidem.*

11° **Fracture incomplète des cartilages costaux.** *Ibidem.*

12° **Anomalie de l'artère fémorale profonde.** *Ibidem.*

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

DES

HÉMORRHAGIES INTRAPÉRITONÉALES

ET DE

L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE

Considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire.

PATHOGÉNIE — TRAITEMENT

PAR

Le Docteur C. CESTAN

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1894

DES

HÉMORRHAGIES INTRAPÉRITONÉALES

ET DE

L'HÉMATOCÈLE PELVIENNE

PRÉFACE

C'est aux hasards de la clinique que nous devons l'idée de ce travail. Une série heureuse a mis, cette année, sous nos yeux, les modes divers des accidents que nous voulons décrire; nous en avons été assez frappé pour essayer à notre tour d'étudier une question bien vieille déjà, car elle a près d'un demi-siècle, bien jeune cependant, puisque les travaux de ces dernières années lui ont redonné, à tous égards, une physionomie nouvelle.

La liste est longue de ceux à qui je veux, avant de commencer ce travail, témoigner mes sympathies respectueuses. Après mon père, le Dr Cestan, à qui je dois le meilleur de moi-même, je désire remercier tous les maîtres dont la bienveillance ininterrompue m'a conduit jusqu'ici. MM. Guyot, Reclus, Verneuil, Guyon et Le Dentu savent mieux que moi tout ce dont je leur suis redevable. MM. Bazy, Marchant, Roques, Ricard, Albarran ne m'ont jamais épargné leurs affectueux conseils.

Enfin, et à l'occasion de ce travail, j'ai reçu de MM. Monod, Bouilly, Quénu. Nélaton, Michaux et Broca l'accueil le meilleur.

Je tenais à le dire à cette place.

INTRODUCTION

L'histoire des hémorrhagies intrapelviennes et de l'hématocèle en particulier a passé par deux périodes bien distinctes. Après 1850, et à la suite des leçons classiques de Nélaton, s'échelonnent une série de travaux parfois trop rapidement conçus, apportant chacun, avec une théorie nouvelle et souvent trop exclusive, une confusion plus grande encore dans ce sujet, naturellement si complexe. La multiplicité des causes, énoncées la veille, discutées et douteuses le lendemain, entraînait inévitablement des conséquences pratiques importantes : hésitations dans le siège de la lésion et dans sa nature intime, hésitations dans la description du processus hémorrhagique, hésitations dans l'intervention qui, de timide d'abord, finit par devenir complètement négative. La chirurgie de l'abdomen était alors bien peu développée, le péritoine, une frontière bien redoutable à franchir, et puis où chercher pour la tarir la source exacte de cette hémorrhagie que les uns plaçaient dans l'ovaire, d'autres dans la trompe, d'aucuns enfin dans le péritoine?

Aujourd'hui les choses ont bien changé, et malgré que tout n'ait pas été encore dit sur ce sujet, les recherches de ces dernières années l'ont éclairé de lueurs nouvelles. Le progrès, à la multiplicité des causes primitives, a substitué l'unité et la simplicité; il est dû aux recherches et aux cris réitérés de Lawson Tait, aux interventions chirurgicales tous les jours plus nombreuses, qui ont permis de saisir la lésion sur le fait, et de la suivre dans ses diverses phases : avant, pendant et après, dirions-nous, indiquant déjà les trois aspects principaux qu'elle peut présenter. La laparotomie a montré la fréquence extrême de la grossesse tubaire; le microscope mis en éveil, a su la rechercher et la trouver là où elle n'était pas soupçonnée jadis, et de l'association toujours si féconde du laboratoire et de l'amphithéâtre, est sortie cette notion pathogénique si simple, et si vraie dans la plupart des cas : les hémorrhagies péri-utérines et l'hé-

matocèle, qui en constitue la phase inconstante et dernière, sont le résultat de grossesses ectopiques évoluant anormalement. Disons de suite que nous ne voulons aucunement en nier les autres causes possibles, mais nous espérons fermement montrer leur extrême rareté. Pour nous, les observations que l'on a invoquées à leur appui, ont été mal interprétées, à une époque où on ne savait pas trouver et où on ne songeait pas à chercher la grossesse ectopique, qu'un examen d'aujourd'hui eût fait très souvent découvrir. Notre travail, *œuvre de vulgarisation*, comprendra donc deux parties : l'une de pathogénie, où nous passerons en revue les diverses lésions de l'hématocèle, avec l'intention bien arrêtée, avouons-le déjà, de voir la grossesse ectopique partout où elle sera, mais là seulement, pour en faire la cause principale; l'autre de thérapeutique, dans laquelle, après avoir donné un très rapide aperçu des principaux aspects cliniques de la maladie, nous étudierons les indications du traitement et résumerons le manuel opératoire, sur lequel les chirurgiens paraissent, au moins à Paris, à peu près d'accord.

Mais qu'on nous laisse d'abord justifier notre titre et le rapprochement que nous faisons entre les hémorrhagies intrapéritonéales et l'hématocèle.

Bernutz (1), dont les consciencieux travaux n'ont malheureusement pas éclairé la question autant qu'il eût été possible, avait parfaitement vu que les hémorrhagies intrapelviennes pouvaient se présenter sous deux aspects successifs et différents : hémorrhagie à sang liquide, hématocèle à tumeur-caillot. Mais au lieu de les confondre dans une seule description, comme Voisin et Puech, il les sépare avec soin. « Sans doute, les deux groupes de faits, les hémor-« rhagies internes et les hématocèles sont nosologiquement exces-« sivement voisines les unes des autres et ont entre elles de très « intimes corrélations, mais ces connexités ne peuvent autoriser à « rendre à peu près synonymes les dénominations intentionnelle-« ment distinctes qu'on a données à chacune d'elles..... La déplo-« rable confusion qu'a introduite dans l'histoire pathologique des « tumeurs sanguines péri-utérines, découvertes par Récamier, l'ex-« tension abusive donnée à la signification du mot hématocèle, en « le faisant servir d'étiquette à des observations d'hémorrhagie fou-

(1) Bernutz. *Conférences cliniques sur les maladies des femmes*, 1888, p. 591.

« droyante en une demi-heure, impose l'obligation d'attribuer bien « strictement à la dénomination créée par Nélaton son sens étymo-« logique rigoureux », et plus loin (*loc. cit.*, page 609) il nie que les hémorrhagies par rupture de grossesse tubaire puissent produire l'hématocèle. Sans doute, l'enkystement qui, pour lui, constitue le caractère pathognomonique de l'hématocèle, au sens étroit et jaloux du mot, est rare dans ce cas, mais il n'est pas impossible, nous le verrons, exemples en main. Et puis Bernutz lui-même n'avait pas été toujours aussi rigoriste. Il suffit d'ouvrir sa remarquable Clinique des maladies des femmes (1), au tome Ier, pour y lire que Bernutz distingue huit classes d'hématocèles, parmi lesquelles les hémato-cèles par rupture de la trompe. Et, le dernier mémoire du volume (2), renferme, page 510, dues à la plume de Goupil, les lignes suivantes que nous voulons intégralement rapporter : « La terminaison rapi-« dement mortelle des hémorrhagies qui, dans le plus grand nombre « des cas de grossesse extra-utérine, vient mettre un terme fatal à « la gestation, fait que les épanchements sanguins auxquels elles « donnent lieu, sont rarement enkystés ; aussi le nom d'hématocèle, « donné à ces collections sanguines, peut-il sembler contestable à « ceux qui l'ont réservé au deuxième stade de cette affection, sans « l'attribuer au premier. Mais il n'est pas possible de scinder ainsi « le même phénomène pathologique, et de donner le nom au tra-« vail pathologique que suscite le caillot, sans s'occuper de la pre-« mière période de l'hémorrhagie qui est cependant au moins aussi « intéressante à connaître que la deuxième. Je n'ai pas besoin d'in-« sister sur ce point et de faire sentir que l'histoire du caillot pelvien « n'a qu'une importance secondaire auprès de la détermination de « l'hémorrhagie qui vient terminer fatalement les grossesses extra-« utérines. » Ces considérations ne sauraient être plus vraies et plus rationnelles qu'aujourd'hui, où la grossesse ectopique tient dans l'étiologie de l'hématocèle une place que Bernutz était loin de soup-çonner. Elles suffisent largement à justifier notre intention de réunir, après bien d'autres d'ailleurs, notre titre à lui seul en serait une preuve (3), dans la même étude mais dans des chapitres distincts,

(1) Bernutz et Goupil. *Clinique des maladies des femmes*, 1860, t. Ier.

(2) Bernutz et Goupil. *Des hémorrhagies intrapelviennes dans les grossesses extra-utérines*, p. 510.

(3) Binaud. *De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale considérée particu-lièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire*. Th. Bordeaux, 1892.

les hémorrhagies intrapelviennes d'origine génitale et l'hématocèle.

Faire autrement serait « restreindre sans motif la signification du mot hématocèle, sous lequel on a compris et on comprend encore tous les épanchements sanguins formés au voisinage de l'utérus » (1). Lawson Tait (2) n'a-t-il pas écrit d'autre part, que le mot d'hématocèle pelvienne doit s'appliquer à toutes les effusions de sang, qui ont leur origine dans le pelvis ?

(1) Besnier. *Annal. de gynécol.*, 1877, p. 275.

(2) Lawson Tait. *Lectures on ectopic pregnancy and pelvic hæmatocele* 1888, p. 26.

PREMIÈRE PARTIE

Pathogénie des hémorrhagies péri-utérines.

Division. — Disons tout de suite que nous n'entendons pas nous occuper ici des hémorrhagies dites internes, d'origine extrapelvienne, qui, par occurrence rare, pourraient se collecter dans le petit bassin et aux environs de l'utérus. Ce serait trop prêter le flanc aux critiques de Bernutz que nous rapportions plus haut, et nous ne les citerons que pour les rejeter bien vite : l'observation de Tilt (1) : Rupture d'un anévrysme iliaque; celle de Baudelocque (2) : Rupture d'une tumeur variqueuse de la fosse iliaque droite; celle de Reiffleck (3) : Rupture d'un utérus cancéreux; celle de Voisin (4) : Rupture des vaisseaux de la paroi abdominale; celle de Whitney (5) : Hémorrhagie mortelle du pancréas chez une femme de 33 ans, et autres trouvailles d'autopsie que nous pourrons seulement retrouver au chapitre du diagnostic, mais dont nous ne saurions nous occuper ici.

Nous ne parlerons pas non plus des hémorrhagies de la variole, de l'ictère grave, de la fièvre typhoïde et de certains états généraux.

Nous limitons notre sujet aux épanchements sanguins provenant de l'appareil génital interne, utérus gravide ou cancéreux excepté, c'est-à-dire : ovaire, trompe, leurs dépendances et péritoine pelvien.

Si nombreuses ont été les théories pathogéniques de l'hématocèle

(1) Tilt. *Diseases of Women.* Londres, 1853, p. 260.
(2) Baudelocque. In *Journal de Sédillot*, t. I, p. 472.
(3) Reiffleck. *Gazette médicale de Paris*, 1852.
(4) Voisin. Thèse de Paris, 1858, p. 44.
(5) Whitney. *Boston medical Journal*, 1894, p. 379.

(nous répétons ici que nous emploierons ce mot à l'égal d'hémorrhagie intrapelvienne), si nombreuses, les divisions proposées, qu'il nous semble difficile d'en faire un exposé clair et méthodique, en suivant leur ordre d'apparition. Beaucoup d'entre elles se tiennent de trop près, bien que nées à des époques différentes, et nous nous astreindrions à de fréquentes redites. Il nous paraît plus simple, pour faciliter notre tâche, de les classer par communauté d'origine plutôt que par date de naissance.

Bernutz (1) avait déjà tenté un essai de classification et distinguait huit espèces d'hématocèles : 1° hématocèles symptomatiques de rupture des varices utéro-tubaires; 2° hématocèles par pelvi-péritonite hémorrhagique; 3° hématocèles par rupture de l'ovaire; 4° hématocèles par rupture de la trompe; 5° hématocèles par troubles cataméniaux; 6° hématocèles métrorrhagiques par hypersécrétion sanguine; 7° hématocèles consécutives à un avortement; 8° hématocèles consécutives à des ménorrhagies.

Nous ne dirons pas, avec Segond (2), que l'épanchement peut être primitif dans un cas, avec péritonite consécutive, et secondaire, au contraire, dans l'autre, à une péritonite qui le provoque. Cette division, rationnelle au premier abord, nous paraît accorder dans la genèse de l'hémorrhagie une part trop grande au péritoine, d'autant plus que Segond lui-même est d'accord avec Bouilly et Pozzi (3) pour affirmer que la pachy-péritonite n'est pas primitive, mais a succédé à une salpingorrhagie intrapéritonéale antérieure. Nous reconnaissons cependant la physionomie clinique toute spéciale de cette dernière catégorie, bien différente, nous y insisterons aussi, des épanchements dits primitifs.

Nous préférons étudier plus simplement, et à leur tour, le rôle du péritoine, de l'ovaire et de la trompe, nous réservant de nous attarder sur la grossesse ectopique et tubaire pour montrer qu'elle a été souvent méconnue.

(1) BERNUTZ et GOUPIL. *Loco citato*, t. I.
(2) *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 603.
(3) *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 606.

CHAPITRE PREMIER

De la pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique.

I

Dès longtemps, le péritoine avait été accusé de pouvoir donner lieu à de graves hémorrhagies. Le Chaptois (1) avait publié l'observation d'une femme de 29 ans, qui se croyait enceinte, ne voyait plus ses règles, et mourut brusquement en deux heures, avec des signes d'hémorrhagie interne. A l'autopsie, on ne put découvrir la source du sang épanché, que l'on attribua à une exhalaison aiguë du mésentère. Disons qu'il n'est pas fait mention de l'état des trompes.

Plus près de nous, Tardieu (2) rapporta le cas de deux jeunes femmes, mortes si rapidement, après des excès supposés de coït, qu'il fit l'autopsie médico-légale, et chez lesquelles, malgré un énorme épanchement sanguin, il ne put découvrir de lésions appréciables. Le péritoine fut déclaré coupable.

Ces trois faits, dont on pourrait ailleurs trouver quelques autres exemples aussi peu probants (3), constituent l'appoint de la théorie sur *l'exhalaison sanguine aiguë* du péritoine, rangée par Bernutz et Goupil, dans leur livre, entre les ruptures veineuses et les hémorrhagies de l'ovaire. Aujourd'hui, on n'y songe plus ; les examens étaient incomplets, négligent l'état des trompes ; alors, la grossesse tubaire était peu connue, l'avortement tubaire ignoré, et, comme l'exhalaison sanguine du péritoine a contre elle toutes les données de la physiologie, nous n'hésiterons pas à voir dans les observations

(1) Le Chaptois. *Arch. gén. de médecine,* 3e série, t. V.

(2) A. Tardieu. *Annales d'hygiène publique,* 1854.

(3) Jousset. Thèse de Paris, 1883. Observation IX, due à M. Chauffard.

citées plus haut, des cas indubitables de grossesses tubaires méconnues, rompues ou surtout avortées; le fœtus manquait; soit; nous savons maintenant combien ce fait est fréquent et ne peut nullement s'inscrire contre la possibilité d'une grossesse tubaire.

II

Le rôle du péritoine commença à être discuté lorsque les autopsies eurent fait découvrir, dans les cas d'hématocèles, la présence d'adhérences et de fausses membranes qui, faisant défaut dans certains cas, dans d'autres limitaient et enkystaient le foyer sanguin. Des traces de péritonites, relevées en maintes observations, surgit le débat ouvert jusqu'à ces derniers temps, sur le rôle respectif de la séreuse et de l'épanchement sanguin.

Nélaton (1) attribuait la péritonite à l'irritation produite sur la séreuse par le sang chassé hors de ses vaisseaux. D'autres vinrent, qui accordèrent au péritoine une part prépondérante; la théorie de la *pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique* était dès lors fondée.

Sa conception remonte à 1860 (2), et sa naissance vraie à 1877. Après avoir été vivement défendue par Besnier (3), et surtout par Bernutz (4), qui, dans plusieurs publications, et par de très chauds plaidoyers, en a voulu faire la cause presque exclusive de l'hématocèle dite vraie par cet auteur, elle a déjà vieilli et perd tous les jours du terrain. Il est juste de dire que ses partisans, nous le verrons plus bas, ne s'entendent pas entre eux pour l'interprétation de son rôle. Ferber (5), partout cité, se contente de décrire les petites effusions hémorrhagiques que l'on trouve sous le péritoine des vieilles femmes à passé pelvien, sans fournir d'exemple d'hématocèle. Virchow (6), un peu plus précis, compare la péritonite hémorrhagique aux pachyméningites; pour lui, l'épanchement sanguin se fait donc lentement, parcimonieusement, au sein de fausses

(1) Nélaton. *Traité de pathologie chirurgicale*, t. V.
(2) Dolbeau. *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 138.
(3) Besnier. *Annales de gynécol.*, 1877, t. VII et VIII.
(4) Bernutz. *Arch. de tocologie*, 1880, p. 129 et 205. *Conférences cliniques* 1888.
(5) Ferber. *Arch. der Heilkunde*, 1862.
(6) Virchow. *Die krankheit. Geschwülste*, 1863, Bd. I, p. 150.

membranes préexistantes, par une série de poussées répétées. Besnier crée le mot de pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique. Mais tout autre que celle de Virchow, est la conception de cette péritonite, dans son esprit et dans celui de Bernutz. Laissons parler ce dernier (1) : « Les faits très exceptionnels, qui répondent à la théorie de Virchow, constituent une affection absolument distincte de l'hématocèle utérine, avec laquelle ces hématomes intranéomembraneux n'ont que des rapports éloignés, en ce qu'ils ont : 1° comme facteur initial une inflammation chronique, spéciale, hémorrhagipare de la séreuse pelvienne, qui a le plus souvent pour siège la partie de cette séreuse qui revêt la partie postérieure de l'utérus; 2° un mode de formation, lent, chronique, intermittent; 3° une symptomatologie fruste, qui, par cela même, est restée jusqu'à présent indéterminée; 4° enfin, comme caractéristique anatomique, une constitution toute spéciale, identique à celle des hématomes méningés symptomatiques de pachyméningite, qui est toute différente de la constitution anatomique qu'on observe dans l'hématocèle utérine proprement dite, dans laquelle l'extravasat a pour siège la cavité péritonéale ellemême, incrustée de fausses membranes. »

On a donc tort d'associer aux noms de Ferber et de Virchow ceux de Besnier et de Bernutz. Pour ceux-ci, en effet, l'hémorrhagie par pachy-péritonite n'est pas toujours lente ou latente, pour ainsi dire, mais se fait souvent sous le doigt du chirurgien, d'un jour à l'autre, grâce à l'évolution rapide d'une pelvi-péritonite menstruelle ou séro-adhésive. « Dans ces cas, dit Besnier (2), l'hématocèle semble se former de toutes pièces et plus ou moins soudainement; on conçoit même que, lorsque la péritonite est subaiguë, l'exsudation sanguine soit plus facile à déterminer, plus abondante, et que, par là même, la tumeur sanguine intrapéritonéale se montre avec une certaine soudaineté.... » A l'appui de son dire, Besnier invoque « ..... les notions que nous possédons actuellement sur le début et les symptômes des pelvi-péritonites séro-adhésives ordinaires et qui sont hors de toute contestation ». La douleur, les troubles menstruels, suppression brusque, ménorrhagies ou métrorrhagies, sont, pour lui et Bernutz, précisément les conditions qui président le plus souvent au développement des pelvi-péritonites menstruelles.

(1) BERNUTZ. *Conférences cliniques*, p. 701.

(2) J. BESNIER. *Annal. de gynécol.*, 1877, p. 271 et 273.

Nous avouons ne pas en être convaincu, d'abord parce que les pelvi-péritonites semblent actuellement la conséquence de salpingo-ovarites primitives, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, et puis que les signes invoqués pour le diagnostic des pelvi-péritonites à terminaison hémorrhagique, nous paraissent assez vagues et se rapporter aussi bien à l'évolution soit de ces salpingo-ovarites elles-mêmes, soit d'une grossesse tubaire.

Examinons rapidement les observations que, dans son mémoire, Besnier cite à l'appui de sa théorie. Elles sont au nombre de six, deux personnelles, que nous résumons dans leurs lignes essentielles, quatre tirées de l'ouvrage de Bernutz et Goupil.

L'observation I a trait à une femme de 24 ans, multipare ; 2 couches et une fausse couche.

En mars et avril 1874, aménorrhée de deux mois ; signes de grossesse, modification des seins, nausées ; augmentation du ventre ; un médecin la croit enceinte. Le mois suivant, en mai, pertes et coliques utérines ; le même médecin parla alors d'un *engorgement de l'ovaire ;* en juin, les règles reviennent, puis disparaissent jusqu'en octobre. En juillet, septembre, octobre, vomissements, augmentation du ventre ; la malade se croit de nouveau enceinte ; le 10 octobre, elle perd de *l'eau rousse*, puis des caillots, mais elle ne remarque rien dans ce qu'elle perd qui soit comparable à ce qu'elle avait eu déjà à sa première fausse couche. Les pertes continuent en octobre et novembre. Le 25 novembre, elle consulte M. Besnier, qui constate, après un examen très soigné, une tumeur résistante, mate, occupant les régions médiane et sus-pubienne de l'abdomen, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, prédominant à droite et s'avançant jusque dans les fosses iliaques. Culs-de-sac vaginaux libres. Col mou, gros, fermé. Diagnostic : fausse couche au troisième mois, faite ou sur le point de se faire. Le 2 décembre, elle perd une membrane à bords irréguliers, assez épaisse, spongieuse, à deux faces, l'une rouge et unie, l'autre blanc jaune et irrégulière, avec une odeur prononcée. Le 6 décembre, douleurs plus vives ; tumeur abdominale plus considérable ; au toucher, hématocèle dans le cul-de-sac postérieur, refoulant l'utérus en avant, avec ténesme très vif, et fièvre.

Le 23, ouverture spontanée dans le vagin ; diminution de la tumeur abdominale.

Besnier analyse l'observation et la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Dans cette hypothèse « on peut comprendre dans un même

ensemble symptomatique tous les accidents successivement éprouvés par notre malade et cette interprétation n'est pas sans paraître satisfaisante au premier abord », rupture entre le deuxième et le quatrième mois, pertes, expulsion de caduque. Il rejette cependant la grossesse extra-utérine : 1° parce qu'il y a eu, à un moment, perte d'eau rousse ; 2° parce que le fragment expulsé lui paraît être du placenta ; 3° parce que les signes abdominaux révélaient une tumeur médiane, symétrique, englobant l'utérus, et non un kyste fœtal unilatéral et distinct de la matrice. Il admet, au contraire, la péritonite, marquée par les troubles menstruels, les douleurs, la tumeur péri-utérine, et la fièvre, et conclut à une hématocèle par pachy-péritonite hémorrhagique.

Ces raisons ne nous paraissent pas probantes. La perte d'eau rousse se retrouve dans des observations typiques de grossesse extra-utérine, et M. Martin (*Soc. anatom.*, 26 juin 1894) a donné la relation de l'autopsie d'une femme de 29 ans, dont quelques traits reproduisent complètement l'observation de Besnier :

Femme de 29 ans ; en 1873, aménorrhée ; puis fausse couche supposée, suivie de pertes et de douleurs ; en avril, perte d'*eau roussâtre,* et avec des douleurs plus vives, apparition à droite d'une tumeur qui remonte jusqu'aux environs de l'ombilic. En mai, crise violente et mort en juin avec péritonite. A l'autopsie, grossesse tubaire droite rompue, avec fœtus de 23 centim.

L'odeur de fausse couche a été signalée aussi dans la grossesse ectopique ; le fragment, d'aspect placentaire, malgré son épaisseur, pouvait être une caduque ; le kyste fœtal n'est pas toujours distinct de l'utérus et peut s'accompagner de lésions salpingiennes symétriques. « L'engorgement des ovaires » constaté par le médecin, deux mois après la suppression des règles, la tumeur prédominant à droite, constatée le 25 novembre, nous paraissant aussi bien se rapporter à une grossesse ectopique qu'à une pelvi-péritonite, qui aurait laissé les culs-de-sac vaginaux libres, et aurait été bien anodine. Il n'est pas impossible d'ailleurs qu'une poussée péritonéale avec fièvre et douleurs légères s'ajoute à une grossesse tubaire. Nous dirons volontiers, que cette observation, base du travail de M. Besnier, reste douteuse pour sa théorie, et peut être interprétée comme une grossesse tubaire droite, avec première crise en juin,

deuxième crise en décembre, avec rupture partielle, dans un foyer enkysté par des adhérences antérieures.

Dans l'observation II, il s'agit d'une femme de 36 ans; une couche; une fausse couche. En juillet, retard de règles de quinze jours; se croit enceinte. Le 26 juillet, perte; le 20 août, expulsion d'un caillot assez gros, charnu, que les Drs Hirtz et Noblet prennent pour un œuf. A l'examen, tumeur latérale globuleuse. Guérison.

Besnier en ferait volontiers une grossesse tubaïre, d'autant plus que la tumeur est latérale, globuleuse, peu douloureuse, a grossi peu à peu. Mais il est arrêté par le fait que MM. Hirtz et Noblet ont constaté une fausse couche. Il se range alors au diagnosctic d'hématocèle par pachy-péritonite. Nous croyons encore ici que le caillot pris pour un œuf pouvait être aussi bien une caduque utérine de grossesse ectopique (l'erreur a été, à notre connaissance, commise bien des fois), qu'il n'y avait pas eu de vraie fausse couche; et ce cas reste pour nous, au moins aussi douteux que les précédents.

Les observations suivantes, 3, 4, 5, 6 sont tirées du livre de Bernutz et Goupil. Elles nous paraissent moins importantes et nous n'insisterons pas.

De l'observation III (obs. 38 de Bernutz et Goupil), nous ne dirons presque rien. Une femme de 43 ans, entre en 1851 pour une « tumeur abdominale » dans le service de Nélaton, et y reste six mois. Elle sort, fait deux fausses couches successives, et, en 1853, rentre dans le service de Nélaton, qui l'examine et lui trouve, avec des douleurs à gauche, une hématocèle.

Besnier ajoute que, puisque Nélaton, en 1851, n'avait pas trouvé, dans la tumeur abdominale, les caractères de l'hématocèle, qu'il connaissait déjà parfaitement, cette dite tumeur était une métro-péritonite, cause de l'hématocèle constatée en 1853. Cette déduction ne nous suffit pas du tout. Et de 1851 à 1853, puisque la malade a eu le temps de faire deux fausses couches, on peut aussi bien lui accorder la possibilité d'une grossesse ectopique. L'observation, en tous cas, reste trop peu précise pour que chacun ne puisse y trouver des arguments à l'appui de son dire.

L'observation IV (obs. 15 de Bernutz et Goupil) a trait à une femme de

31 ans, qui présenta un léger retard de ses règles, avec douleurs, chez laquelle on constata une tumeur à droite.

Besnier la revendique comme pelvi-péritonite menstruelle, parce que les accidents ont débuté à une époque menstruelle, ont été graduellement en augmentant, et que la tumeur n'a été constituée que trois semaines après le début de l'affection. Nous avons déjà dit plus haut que les douleurs et l'aménorrhée ne constituaient pas pour nous des signes indubitables de la péritonite.

D'ailleurs, l'observation V (obs. 3 de Bernutz et de Goupil) parle d'une femme de 23 ans, avec une fausse couche et deux couches, qui fut prise, au moment de ses règles, d'une légère crise douloureuse, dix jours après une crise plus forte, à la suite de laquelle on constata une hématocèle.

M. Besnier rejette ici l'hématocèle cataméniale, la rupture veineuse admise dans le cas particulier par Bernutz, et qui, d'aprèslui, aurait dû amener la mort. Il conclut donc à une hématocèle par pelvi-péritonite, parce que les accidents ont débuté à l'époque intermenstruelle.

Mais, en réalité, ils datent de la période des règles, si l'on veut relire l'observation, et nous ne voyons ici aucune trace de cette pelvi-péritonite incapable du méfait dont M. Besnier l'accuse, puisqu'elle n'était pas encore née.

L'observation VI (obs. 2 de Bernutz et de Goupil) a trait à une jeune femme de 19 ans, qui, le 2 février, ne vit ses règles que deux jours, au lieu de leur durée normale plus longue. Du 13 au 16 février, elle éprouve des douleurs à droite. Le 17, on constate une tumeur allongée transversalement dans la fosse iliaque droite; au toucher, une masse occupant le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac vaginal droit.

M. Besnier range encore ce cas dans les péritonites intermenstruelles, puisque les accidents ont débuté dix-huit jours après l'époque menstruelle. Ici encore, nous dirons que les règles n'avaient pas été normales, et que personne aujourd'hui n'hésiterait à voir dans cette observation des signes probables de grossesse tubaire droite.

Bernutz (1), à son tour, est revenu sur ce sujet à plusieurs reprises,

(1) Bernutz. *Archiv. de tocologie,* 1880, p. 129 et 205. Article Hématocèle du

nous nous arrêterons seulement aux observations qu'il présente dans son dernier ouvrage (*Conférences cliniques*).

Son premier cas (obs. de Cerné) se rapporte à une femme de 24 ans, primipare, qui vit ses règles presque disparaître, et, dix jours après, fut prise de pertes avec douleurs. Elle eut plusieurs crises douloureuses, sans signes physiques bien nets, lorsqu'on constate, dans les culs-de-sac vaginaux postérieur et gauche, une volumineuse tumeur, que la palpation abdominale montra aller jusqu'à l'ombilic. Guérison.

Cette observation peut être interprétée comme on le voudra, mais nous n'y voyons aucune preuve de pelvi-péritonite. Et nous disons encore que les crises douloureuses répétées ne signifient rien, à ce point de vue, pouvant se rapporter aussi bien à une grossesse ectopique.

Son deuxième cas est la première observation de Besnier, que nous avons déjà critiquée.

Le troisième a trait à une observation de Bouviyer, rapportée et critiquée par Gallard dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1855.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, nullipare, dysménorrhéique, qui se croit enceinte, subit deux crises douloureuses avec pertes, et entre à l'hôpital, où l'on constate une hématocèle. Elle a une troisième crise plus forte, puis quitte Beaujon, pour aller mourir à l'Hôtel-Dieu. A l'autopsie, utérus gros, hypertrophié. Ovaire gauche, rouge, friable; trompe droite normale, mais pas d'examen de la trompe gauche, qui avait été sectionnée et perdue à l'ouverture du cadavre.

Bernutz avoue qu'il n'a pas été possible de déterminer directement dans cette autopsie quelle a été la source de l'hémorrhagie, ou plutôt des hémorrhagies, mais qu'on peut y arriver indirectement. Pour lui, cette femme était en proie à une pelvi-péritonite chronique à répétitions depuis dix-huit mois. Cette conclusion lui paraît absolument inattaquable, et il repousse la grossesse extra-utérine, parce qu'on a pas trouvé de fœtus.

On sait ce qu'elle vaut aujourd'hui : le fœtus est le plus souvent

Nouveau dictionnaire de médec. et de chir. et *Conférences cliniques sur les maladies des femmes*, 1888, p. 649.

résorbé ; nous ne savons pas quel était l'état de la trompe gauche, et, sans aller jusqu'à la grossesse tubaire, il pouvait bien s'agir là d'un ovaro-salpingite hémorrhagique.

Passons rapidement aux dernières observations du chapitre :

La neuvième parle d'une femme de 25 ans ; aménorrhée de deux mois, puis douleurs et perte, simulant une fausse couche sans œuf, avec apparition d'une tumeur juxta-utérine, est aussi douteuse que les précédentes.

Dans la dixième (obs. 17 de Bernutz et Goupil) il s'agit d'une femme de 31 ans, avec aménorrhée d'un mois, coliques et pertes. On la soulève brusquement ; crise, syncope, perte ; tumeur vaginale.

Bernutz attribue l'hématocèle à une pelvi-péritonite congressive datant de cinq ans, et qui, d'ailleurs, paraissait éteinte au moment des derniers accidents. Hésiterions-nous aujourd'hui à y voir autre chose ?

Enfin la onzième (obs. 25 de la thèse de Jousset) (1), rapporte l'histoire d'une femme de 25 ans, qui subit un retard marqué dans ses règles, suivi de pertes, et d'une tumeur à gauche, de la grosseur d'une orange.

Cette tumeur augmenta graduellement, avec poussées douloureuses, et finit après ponction par se résorber au bout de dix mois.

Là encore, nous ne saurions voir, comme Bernutz, une marque évidente de pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique.

Que faut-il penser de cette théorie ? Nous avons lu avec soin les travaux de Besnier et de Bernutz, la thèse de Jousset inspirée par ce dernier, et nous n'avons pu y trouver une seule preuve inattaquable de la théorie par eux soutenue. De la trop longue discussion à laquelle nous nous sommes livré, il ressort que les observations considérées par ces auteurs comme les plus importantes, restent au moins douteuses pour nous. Elles n'ont pas été suivies d'un examen direct soit par laparotomie, soit par autopsie, et peuvent, surtout aujourd'hui, où l'on connaît mieux la symptomatologie de la grossesse ectopique, recevoir une interprétation bien différente.

La théorie de la pachy-pelvi-péritonite hémorrhagique n'a d'ailleurs reçu partout qu'un accueil assez froid, au dire même de Besnier. En Angleterre, Churchill, Barnes, et West ; en France, Courty ; en Alle-

(1) Jousset. Thèse de Paris, 1883.

magne, Fritsch, pour ne parler que de ceux-là, ont, dès son apparition, refusé de l'admettre. N'avons-nous pas vu, du reste, quelles divisions séparent ses partisans eux-mêmes, et quelles incertitudes planent sur les diagnostics (1) : « Pour admettre que dans les hématocèles communes, la pelvi-péritonite préexiste à la tumeur hématique, si nous ne pouvons invoquer le résultat de l'examen des malades, pratiqué au début des accidents, puisque cet examen, nous l'avons établi, fait alors habituellement défaut, du moins nous nous appuyons sur l'interprétation des phénomènes qui précèdent ou caractérisent la période initiale de cette affection, sur les notions que nous possédons actuellement sur le début et les symptômes des pelvi-péritonites séro-adhésives ordinaires et qui sont hors de toute contestation. » Nous ne saurions souscrire à cette dernière assertion.

III

Est-ce à dire qu'il faille nier le rôle de la pachy-pelvi-péritonite. Loin de là. Bouilly et Pozzi nous paraissent l'avoir bien interprété. « Le plus souvent, nous dit Bouilly (2), à l'occasion des règles et surtout d'une excitation génitale exagérée à ce moment, il se fait une hémorrhagie tubaire, une rupture en un point de la trompe distendue et un épanchement sanguin intrapéritonéal. L'examen direct des lésions récentes, démontre un hématosalpinx, la présence des caillots plus ou moins modifiés dans le péritoine, et les lésions de la péritonite. De ces lésions, les unes sont anciennes et consécutives à la salpingite ; les autres, plus récentes, ont été déterminées par la présence du sang dans le péritoine. C'est dans ce cas surtout qu'en rencontre les lésions de la pachy-péritonite, mais celle-ci n'est pas primitive et a succédé à une ancienne affection des annexes, le plus souvent bilatérale. » Et Pozzi appuie cette opinion de toute son autorité.

La pachy-péritonite, comme l'avaient prétendu les premiers observateurs, qui s'occupèrent de l'hématocèle, serait secondaire soit à l'épanchement sanguin, de quelque cause qu'il relève, soit plus sou-

(2) Besnier. *Loc. citato.*
(1) G. Bouilly. *Manuel de pathol. externe*, t. IV.

vent à une ovario-salpingite primitive. Et sa présence n'est pas à négliger. Besnier, dans son consciencieux mémoire, essaie de diviser les hématocèles en deux grands groupes : celles qui tuent, et doivent se rapporter à la théorie de Gallard, c'est-à-dire à la grossesse ectopique, et celles qui guérissent, celles-ci relevant de la pachy-pelvi-péritonite. Bien que Gallard ne puisse admettre, avec raison d'ailleurs, que « les hématocèles qui guérissent soient constituées par une lésion différente de celle des hématocèles qui se terminent par la mort », nous croyons qu'en fait, la distinction de Besnier a sa valeur pratique, à condition de n'accorder à la pelvi-péritonite qu'une action secondaire toute de protection, et d'hémostase. Lorsque la cavité pelvienne est libre d'adhérences, revêtue d'un péritoine sain, l'hémorrhagie continue le plus souvent jusqu'à la mort. Le petit bassin et ses organes sont-ils, au contraire, séparés de la grande cavité péritonéale, par des néomembranes ou des adhérences, dues à une pelvi-peritonite, l'hémorrhagie s'enkyste, se limite, et s'arrête ; la malade guérit. A ce titre, le rôle du péritoine méritait des considérations particulières.

CHAPITRE II

Des hémorrhagies de l'ovaire.

Comme le dit Segond (1), l'ovaire serait capable de produire l'hématocèle dans deux conditions différentes, à l'*état normal* et à l'*état pathologique*.

I

La première a été développée par Gallard (2). Il étudie la menstruation normale, montre l'œuf se détachant de l'ovaire sur lequel il laisse une plaie, vésicule qui se remplit de sang ; ce sang s'écoule en partie par la trompe jusque dans l'utérus. Rapprochant alors les données de la menstruation normale, de l'anatomie pathologique de l'hématocèle, « nous voyons d'un côté une collection sanguine accu-« mulée dans le petit bassin, de l'autre une plaie existant dans un « organe congestionné, l'ovaire, d'où est parti ce sang ; enfin au « milieu, un conduit, la trompe, qui aurait dû livrer passage à ce « sang, et lui permettre de se déverser dans la cavité utérine, mais, « qui, ayant failli à sa mission, a forcé le liquide, qu'elle laisait sans « issue, à s'amasser à l'intérieur de la cavité pelvienne ». Deux causes pour cela, ou trompe fonctionnant mal par rétrécissement et adhérences, ou sang trop abondant par congestion ovarique exagérée. Et à ce sujet, glissant immédiatement à l'hypothèse d'une grossesse ectopique, il disait (3) : « on ne peut savoir si le détachement d'un ovule fécondé déterminera l'hémorrhagie plus facilement que celui d'un ovule non fécondé », mais il ajoute aujourd'hui (4) :

(1) *Loc. cit.*, p. 604.
(2) GALLARD. *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, 1886, p. 46.
(3) GALLARD. *Bulletin de la Société anatomique*, 1855.
(4) GALLARD. *Leçons clin.*, p. 51.

« la déchirure d'un ovule fécondé est infiniment plus apte à déter-
« miner une hémorrhagie péri-utérine que la chute d'un œuf arrivé
« simplement à maturité, sans fécondation. Dans tous les cas, le
« mécanisme d'après lequel se produit l'hémorrhagie péri-utérine
« spontanée ne diffère en rien de celui qui préside au développement
« de la grossesse extra-utérine; dans les deux cas, l'accident résulte
« de ce que la trompe n'a pu régulièrement accomplir son office et
« s'est trouvée empêchée de transporter jusqu'à la cavité utérine les
« produits, sang et ovule, qui se sont détachés de l'ovaire. Il en
« résulte que les hématocèles péri-utérines doivent être considérées
« comme de véritables grossesses ou pontes extra-utérines, qu'il y
« ait ou non fécondation de l'œuf, dont l'évolution a été la cause
« première, nécessaire pour la production de l'hémorrhagie ».

Plus loin encore, *loc. cit.*, p. 67, « si l'hématocèle spontanée, sur-
« venue en dehors de toute espèce de conception, doit encore être
« admise, elle est loin de constituer les cas les plus fréquents et les
« plus ordinaires. Elle se produit d'après un mécanisme qui ne
« diffère par aucun point de celui qui préside à la formation des
« grossesses extra-utérines. L'ovule, qui est fécondé dans un cas, ne
« l'est pas dans l'autre. En cela seul, consiste toute la différence,
« car, dans les deux circonstances, *l'ovule ne se détache de l'ovaire*
« *qu'en y produisant une plaie, puis une hémorrhagie, laquelle*
« *est plus grande et a d'autant plus de tendance à se former que*
« *l'ovaire est plus congestionné* ».

Dans ce cas, c'est donc le détachement de l'ovule qui fait l'hémorrhagie au niveau de l'ovaire lui-même. Nous verrons plus loin que Gallard se rattache plutôt à la rupture d'un kyste fœtal, théorie si généralement adoptée aujourd'hui. Il n'en est pas moins vrai que l'hypothèse primitive de Gallard place dans la plaie ovulaire la source de l'hématocèle. A ce titre, elle n'est plus de mise. L'hémorrhagie normale ne peut donner qu'un caillot de 2 à 3 gr. au maximum (Bernutz et Goupil) ; à peine suffisante pour colorer en rose le liquide qui s'épanche dans la vésicule de de Graaf, c'est par exception, pour Tarnier et Chantreuil, qu'elle produit un caillot capable de remplir la cavité de l'ovisac. Et toutes les fois que l'écoulement sanguin acquiert quelque importance, c'est qu'il provient d'un ovaire malade.

Laugier (1) avait bien pressenti le fait. Qu'il nous suffise de rapporter les conclusions de son mémoire :

(1) LAUGIER. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, février 1855, t. XL, p. 458.

1° La ponte spontanée est bien, comme on l'a avancé, la cause occasionnelle de l'hématocèle rétro-utérine.

2° La congestion physiologique de l'ovaire pendant la ponte spontanée, avec persistance de l'ouverture de la vésicule de de Graaf, ne donne pas lieu à l'hématocèle.

3° Il faut, pour que celle-ci soit produite, une congestion exagérée amenée quelquefois par des causes accidentelles dont l'action s'exerce soit avant, soit pendant, soit peu de jours après les règles. Les avortements ne sont pas des causes immédiates de l'hématocèle, ainsi qu'on l'a pensé à tort.

4° Ce sont surtout les retours de la ponte spontanée qui augmentent graduellement le volume de l'hématocèle.

5° Les vésicules ovariques s'ouvrent successivement dans le kyste hématique et y restent béantes, de sorte que l'ovaire est détruit par un petit nombre de pontes spontanées dans les conditions que présente cet organe après le début de l'hématocèle.

6° La rupture d'une vésicule de de Graaf étant la voie ouverte au sang qui s'échappe de l'ovaire, le kyste de l'hématocèle sera le plus souvent intrapéritonéal.

II

Nous sommes par là naturellement conduit à examiner le rôle de l'ovarite chronique et de l'apoplexie de l'ovaire. Huguier (1), Denonvilliers (2), Puech (3), Doran (4), Bœckel (5), Rollin (6), Pozzi (7), et plus récemment Pilliet (8) et Maurange (9) ont insisté sur ce point.

Rollin affirme que ces hémorrhagies ovariennes sont plus fréquentes qu'on ne le croit. Leur présence a été méconnue parce qu'elles entraînent souvent l'hématocèle et que l'épanchement sanguin intra-

(1) HUGUIER. *Gaz. des hôp.*, 1851, p. 266.
(2) DENONVILLIERS. *Ibid.*, p. 275.
(3) PUECH. *Mémoire de Montpellier*, 1858.
(4) DORAN. *Maladie des ovaires.*
(5) BŒCKEL. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 75.
(6) ROLLIN. Thèse, Paris, 1885.
(7) POZZI. *Traité de gynécologie*, 2e édition, p. 841.
(8) PILLIET. *Annales de gynéc.*, novembre 1893.
(9) MAURANGE. *Ibidem*, juillet 1893.

pelvien a accaparé toute l'attention à son profit, au détriment de la lésion primitive elle-même, qui a souvent passé inaperçue.

Il distingue des hémorrhagies interstitielles et des hémorrhagies vésiculaires. Celles-ci elles-mêmes peuvent être extra-vésiculaires, cause d'hémorrhagies internes, de péritonite et d'hématocèle, ou intra-vésiculaires. Dans ce cas, il se forme un kyste sanguin de l'ovaire. L'hématocèle et le kyste sanguin s'accroissent tous deux par ponte intra-kystique et par rupture des follicules des menstruations suivantes soit dans le sac rétro-utérin, soit dans le kyste intra-ovarique (kystes ménorrhagiques de Bœckel), l'ovaire se détruisant peu à peu par un véritable morcellement. Laugier avait parfaitement vu ce mécanisme (voir paragraphe 4 et 5 de ses conclusions). Gallard lui aussi parle de ces kystes sanguins : « Il ne faut pas distraire de la « classe des hématocèles péri-utérines, les kystes sanguins ovariques, « qui se font dans l'ovaire, absolument de la même façon que les « grossesses extra-utérines ovariennes. Les petits caillots sanguins, « les foyers apoplectiques de l'ovaire, si bien décrits par Ch. Robin, « et qui sont le point de départ de ces kystes, ne sont autre chose « que le résultat de la déhiscence ou plutôt de la maturité d'un ovule « développé en un point trop éloigné de la surface de l'ovaire pour « avoir pu s'en détacher. »

Les hémorrhagies interstitielles peuvent être sans importance. Dans d'autres cas, elles réduisent l'ovaire à l'état d'une coque renfermant une pulpe vasculaire, analogue au tissu de la rate. Ce serait alors la véritable apoplexie de l'ovaire des vieilles observations, dont la rupture peut amener une hémorrhagie mortelle. Sa nature intime est encore mal connue ; Gallard et Rollin y voient un des stades de l'ovarite aiguë d'origine infectieuse, véritable ramollissement rouge.

Pozzi écrit que la dégénérescence micro-kystique, résultat d'ovarite chronique, les kystes folliculaires et les kystes du corps jaune sont parfois le siège d'apoplexies dont la rupture donne lieu à un épanchement de sang dans le péritoine, et Maurange (1) a rapporté sous la rubrique : Cause rare d'hématocèle, l'observation suivante :

Femme de 29 ans, qui, après un accouchement normal en février 1890, et une fausse couche de trois semaines en août 1891, rendue probable par un retard des règles, des douleurs et l'expulsion de caillots, fut prise, le

(1) MAURANGE. *Ann. de gynéc.*, juillet 1893.

8 mars 1892, de vomissements et de syncope, avec apparition d'une tumeur fluctuante et douloureuse, à droite de l'utérus. Le 18 mai, laparotomie par Pozzi : foyer hémorrhagique, limité en haut par les intestins, avec un demi-litre de caillots. Ablation de l'ovaire et de la trompe du côté droit. Sur l'ovaire, plusieurs kystes folliculaires, dont un peu volumineux (œuf de pigeon), rompu, et qui était la cause de l'hémorrhagie.

Plus récemment, Pilliet (1), à propos d'une observation personnelle recueillie dans le service du professeur Tillaux, a étudié les hémorrhagies de l'ovarite scléro-kystique et la possibilité de l'hématocèle d'origine ovarienne. Il rappelle que leur volume est en général limité, celui d'un œuf de poule, mais que dans certains cas il va jusqu'à égaler une tête d'adulte.

Scanzoni avait déjà cité un cas de mort chez une fille de 18 ans, par rupture de l'ovaire droit et Bernutz, dans sa Clinique des maladies des femmes, avait rapporté huit observations de ce genre : obs. de Prost, de Pelletan, d'Andral, de Neuman, de Drecq, de Luton, de Puech et de Pollard. Cette dernière est à n'en point douter une grossesse tubaire rompue chez une femme de 28 ans. Les autres, qu'il serait trop long et inutile de reproduire, car elles sont classiques, ont été analysées de nouveau par Rollin, qui a complété cette liste avec les cas de Barnes, de Caresme, de Walter, tous suivis d'autopsie, et a fourni cinquante-deux observations à l'appui de sa thèse sur les hémorrhagies de l'ovaire.

Enfin, Rohé (2) a rapporté des cas nouveaux :

Un de Doran (*Trans. of London obstetric. Society*, vol. XXXII) : kyste sanguin de l'ovaire, à parois de un demi-pouce d'épaisseur.

Un de Munde (*Americ. Journ. of Obst.*, juin 1850, p. 638) : hématome des deux ovaires dont l'un égalait une orange, et l'autre un œuf.

Un semblable de Montgomery (*Sajou's Annual*, 1891, II, 6, 46).

Un de Duncan (*Trans. of London medic. Society*, 1892. *Sajou's Annual*, 1893), hématosalpinx en connexion avec un hématome de l'ovaire, sans doute grossesse ectopique.

Un de Winckel (*Frauenkrankheitein, 2te Aufl.*, p. 700).

(1) PILLIET. *Ann. Gyn.*, novembre 1893.

(2) ROHÉ. The Baltimore gynecolog. and obstetric. Society. *American Journal of obstetrics*, juin 1874, p. 765.

Et un personnel : femme de 21 ans, célibataire et hystérique, souffrant de douleurs à gauche. Laparotomie : ovaire gauche formant une tumeur kystique du volume d'une mandarine, pleine de caillots, que l'on prit d'abord pour une grossesse ectopique. A l'examen, les parôis des kystes étaient formées par le tissu de l'ovaire gauche. L'ovaire droit contenait deux caillots noirâtres, occupant des follicules du bras non rompus. Ce dernier fait prouverait pour Rohé que l'apoplexie de l'ovaire a sa source dans une hémorrhagie folliculaire.

Nous-même avons recueilli, dans le service du Dr Bouilly, grâce à l'obligeance de notre collègue Lepetit, l'observation d'une femme de 30 ans, qui pourrait être rapprochée de ces faits :

Obs. 1 (inédite) (1). — Jeanne Pr..., 30 ans, entre le 6 juin 1894, au pavillon Velpeau, service du Dr Bouilly. Réglée à 18 ans, et bien ; une fausse couche de 3 mois et demi, à 28 ans. En mars 1894, pertes sanguines peu abondantes, avec caillots, et douleurs dans la fosse iliaque gauche, avec irradiations aux lombes et à la cuisse correspondante. En avril et mai, les règles vinrent comme d'habitude, mais les douleurs ont augmenté, la malade a maigri, très faible, sujette à des syncopes, et sans appétit.

Au toucher, utérus dévié à droite ; à gauche, tumeur du volume d'une pomme, irrégulière, dure, lobulée, un peu douloureuse à la pression, indépendante de l'utérus. Diagnostic : kyste végétant de l'ovaire.

Laparotomie le 11 juin. Ponction de la poche avec le Potain : il s'écoule 200 gr. environ de liquide brunâtre hématique. Ablation des annexes gauches. Suture sans drainage. Guérison.

La tumeur enlevée n'est autre qu'un épanchement de sang, enkysté dans l'ovaire ; la trompe épaissie, présentait des hémorrhagies punctiformes dans ses parois ; le pavillon était libre.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu retrouver la pièce que nous aurions voulu soumettre à un examen histologique soigneux, pour déterminer la notion exacte de la lésion.

Nous devons à l'obligeance de notre ami Pauchet, un cas beaucoup plus remarquable, parce qu'il a été suivi de mort très rapide.

(1) Les observations inédites de ce travail sont distinguées de celles empruntées aux auteurs par le chiffre *arabe* employé à leur numérotage. Pour les observations empruntées, elles sont divisées en séries dans lesquelles le numérotage est fait en chiffres *romains*.

Obs. 2 (inédite). — Femme de 32 ans, multipare, entre le 1er avril 1894, à huit heures du soir, salle Laugier, à Beaujon.

Il y a six jours, elle a été prise de douleurs abdominales subites, excessivement vives, avec tendances à la syncope, vomissements, pâleur et pertes de membrane par l'utérus.

Le 2. Au matin, le ventre est à peine sensible ; les culs-de-sac sont libres ; la malade froide, pâle, est jugée trop faible pour être opérée.

Elle meurt cinq heures après cet examen.

A l'autopsie, abdomen rempli de sang liquide (1 litre 1/2), et de caillots. Les deux ovaires sont énormes. L'ovaire gauche rompu, point de départ de l'hémorrhagie, présente une dilatation kystique irrégulière, rappelant l'aspect des ovaires hémato-kystiques. La trompe correspondante, flexueuse, est enroulée autour de lui, et très adhérente.

L'ovaire droit, gros comme une pomme, non rompu, est rempli de sang. Sa surface interne est irrégulière; il ne contient pas d'embryon. La trompe droite adhérente, l'entoure irrégulièrement.

L'utérus est gros et mesure 9 centim.

Les pièces n'ont malheureusement pas été retrouvées pour être soumises à l'examen histologique. Le cas est d'autant plus remarquable, qu'il est rare de rencontrer des lésions aussi graves.

Il ressort de ces divers faits que l'ovaire peut, sans aucun doute, être le départ d'hémorrhagies cliniquement appréciables, capables d'hématocèle et parfois de mort rapide. Cependant la question des hémorrhagies de l'ovaire est encore loin d'être élucidée. S'agit-il toujours des lésions inflammatoires salpingo-ovariennes ? Y a-t-il place là aussi pour des grossesses ectopiques méconnues ? Cela est possible. La grossesse ovarienne, niee par Lawson Tait, est admise par d'autres. Martin (1) a récemment prétendu que l'insertion ovarienne de la grossesse ectopique n'est pas aussi rare qu'on l'a avancé. D'autre part, Lawson Tait a bien montré, à propos de cas prétendus de grossesse ovarienne, comment, attiré peu à peu par le développement du kyste fœtal tubaire, qui déplisse le ligament large, l'ovaire se laissait absorber par lui, si bien qu'un examen histologique de la paroi du kyste montrait des traces de tissu ovarien, et faisait croire à une grossesse ovarique, bien que l'ovaire n'eût rien à faire là-dedans. Il se pourrait donc que les hémorrhagies graves de l'ovaire

(1) Martin. *Congrès de Bruxelles*, 16 septembre 1892.

ne fussent parfois encore que le résultat de grossesses ectopiques, soit ovariennes, soit tubo-ovariques. Ce n'est là d'ailleurs qu'une hypothèse purement gratuite et que nous ne pouvons étayer d'aucun fait probant. Un examen histologique précis, pratiqué à ce point de vue spécial, serait nécessaire et les faits connus se bornent à des constatations macroscopiques trop grossières pour conclure.

Pour nous résumer, nous dirons que l'ovaire peut être la source d'hémorrhagies soit à l'état sain, mais alors insignifiantes, trop vite résorbées et trop petites pour être cliniquement appréciables, soit à l'état pathologique : dégénérescence scléro-kystique, ovarite infectieuse, associées le plus souvent d'ailleurs à des lésions salpingiennes, alors seulement capables d'entraîner le tableau de l'hématocèle. Elles ne sont pas douteuses, mais elles sont rares. Dans l'étiologie de l'hématocèle, l'ovaire doit céder le pas à la trompe, dont nous allons maintenant étudier le rôle.

Mais auparavant, et comme corollaire de ce chapitre, nous voulons parler de l'hématocèle par rupture du plexus utéro-ovarien.

CHAPITRE III

Des ruptures veineuses du plexus utéro-ovarien.

C'est à Richet (1) et à son élève Devalz qu'est due cette théorie pathogénique des hémorrhagies intra-pelviennes, à laquelle, sur la foi des auteurs, la plupart des traités classiques ont accordé une bien trop grande importance, à côté des autres causes de l'hématocèle.

Richet, en effet, se fonde simplement sur des considérations anatomiques, sur l'observation douteuse même, au point de vue varicocèle pelvien, d'une femme qui n'eut jamais d'hématocèle ; et son idée n'était que pure hypothèse. Devalz, qui l'a développée, dans une thèse partout citée (2), n'apporte pas plus de preuves à l'appui, et c'est à croire que l'on a le plus souvent parlé de la « théorie de Devalz » sans s'être d'abord occupé à lire son travail. Il ne reproduit même pas les trois observations publiées en France dès cette époque, sous le titre de rupture veineuse des veines utéro-ovariennes. Son travail n'est donc que théorie.

Gallard (3) rejette cette origine de l'hématocèle. Partant de cette idée, qu'on n'observe jamais d'hématocèle chez l'homme, où cependant les plexus périprostatiques, analogues aux plexus utéro-ovariens, sont si souvent développés et variqueux, il conclut : « par cela même qu'elle est commune aux deux sexes, cette cause ne peut donc être considérée comme ayant une importance majeure dans le développement de la maladie ». Cela paraît juste, mais Gallard, dans son parallèle, oublie que, chez la femme, ces plexus peuvent subir l'influence d'une grossesse intra ou extra-utérine. Et c'est justement là qu'est la véritable cause des ruptures observées.

(1) RICHET. *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, p. 815.
(2) DEVALZ. Thèse de Paris, 1858.
(3) GALLARD. *Loc. citato*, p. 3.

Il existe, en effet, quelques rares observations ; aucune, même la plus récente, n'a pu résister à une critique sérieuse ; non pas que les cas n'aient été bien constatés, mais, ainsi que le dit Segond, ils « n'ont pas reçu leur juste interprétation ». La grossesse normale et la grossesse ectopique favorisent la dilatation variqueuse des veines du ligament large, et dans les cas de rupture observés, la véritable cause de l'hémorrhagie était non pas l'état variqueux des veines ligamenteuses, mais la grossesse ectopique qui avait développé celui-ci. Goupil (1) avait déjà fait cette judicieuse remarque et l'analyse des observations en est la preuve évidente.

La première en date est non pas celle d'Ollivier d'Angers, ainsi qu'on le dit souvent, mais celle de Fleischmann, publiée en 1815 à Erlangen, où l'on constata une rupture veineuse, dans le ligament large droit. Nous n'avons pu nous procurer cette observation.

La deuxième est celle de Chaussier, parue en 1824, où l'on découvrit la rupture d'une veine de l'ovaire droit, chez une femme enceinte de cinq mois. Ici la grossesse est évidente.

La troisième appartient à Leclerc (2).

Il s'agit d'une femme de 28 ans, qui, avec une aménorrhée et des signes de grossesse très nets, fut, à la suite de fatigue intense, prise d'une crise hémorrhagique avec mort rapide. A l'autopsie, l'utérus était doublé de volume, et, dans l'aileron antérieur du ligament large gauche, on trouva une cavité remplie de caillots, d'où le sang s'était épanché, à ce qu'il paraît, par une ulcération circulaire d'une ligne environ de diamètre.

Pas d'examen des trompes.

Cette observation, qui peut-être n'a pas été recueillie par Leclerc lui-même, le « à ce qu'il paraît » permet de le croire, a trait bien évidemment à une grossesse vraie ou tubaire. L'histoire clinique, l'hypertrophie de l'utérus emportent tous les doutes à ce sujet.

L'observation d'Ollivier, d'Angers (3), est plus probante encore :

Une femme de 29 ans, Pierrette V..., mourut subitement en sept heures. A l'autopsie, rupture très circonscrite d'une veine du plexus pampiniforme droit, variqueux, et grossesse tubaire droite de cinq semaines environ.

(1) Bernutz et Goupil. *Loc. cit.*
(2) Leclerc. *Archiv. gén. de médecine*, 1828.
(3) Ollivier (d'Angers). *Arch. gén. de médecine*, 1834.

Bernutz dans sa clinique cite deux autres observations, l'une de Depaul (1), sans aucun détail précis, et une deuxième personnelle, que nous avons analysé au chapitre de la pachy-péritonite. C'est l'observation 5 du mémoire de Besnier, et Bernutz a été le seul à considérer ce cas comme un exemple de rupture, sans d'autres preuves qu'un examen clinique douteux.

Dans un court chapitre de sa thèse, Rollin parle d'une observation de Fowler (2).

Il cite l'observation de Pelletan et de Bichat, très douteuse, et rangée en général parmi les apoplexies de l'ovaire.

Il rapporte enfin, d'après Léopold (3), un cas de Höring : mort subite d'une femme de 41 ans, chez laquelle on trouva « sur l'ovaire gauche, le péritoine rompu et la déchirure comblée par un caillot. Sur le bord inférieur de l'organe, on trouve une varice de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui s'était rompue ». L'observateur ne mentionne ni l'état de la trompe, ni celui de l'utérus.

En 1864, Sæxinger (4) a rapporté de son côté un cas de rupture de veine utéro-ovarienne, d'après Poncet, qui le cite dans sa thèse d'agrégation.

Pas plus que Jousset, nous n'avons pu retrouver l'observation originale.

En 1877, Paschkis (5) a cité aussi un cas d'hématome par rupture d'une veine du plexus utéro-ovarien chez une jeune femme. A l'autopsie, la trompe était dilatée et contenait du sang. Il n'est pas difficile de voir là aussi une grossesse tubaire probable.

Récemment enfin, M. Reynier (6) a présenté à la Société de chirurgie une pièce de rupture veineuse du plexus utéro-ovarien, où, sur la demande de M. Pozzi, le microscope montra qu'on avait encore affaire en réalité à une grossesse tubaire.

La théorie de Richet et Devalz se trouve donc en défaut, telle que ces auteurs l'ont exposée; il faut la compléter et dire que la cause réelle des varices utéro-ovariennes, susceptibles de se rompre, est

(1) DEPAUL. *Bulletins de la Soc. anatom.*, 1847, p. 15.
(2) FOWLER. *Ann. Anat. and Surg. Soc. Brooklyn*, 1880, p. 67.
(3) LÉOPOLD. *Arch. für Gynec.*, Bd. XIII, 1878, p. 300.
(4) SAEXINGER. *Monatschrift für Geb.*, 1864, t. XXIII, p. 276.
(5) PASCHKIS. *Allgemein Wien. med. Zeit.*, 1877, n° 33.
(6) REYNIER. *Soc. chir.*, juin 1851, p. 279.

rarement une grossesse utérine, et, le plus souvent, une grossesse ectopique passée inaperçue.

Et puis, aurait-on toujours affaire à des varices réelles du ligament large? C'est ce que Pilliet (1) ne croit pas. Chez une femme de 23 ans, opérée par le professeur Tillaux pour une grossesse tubaire droite, il a vu autour de la trompe de petites poches sanguines, diverticules de la muqueuse devenus sous-péritonéaux par soudure et remplis secondairement de sang.

« Il est clair, ajoute-t-il, que les anatomistes ignorant l'existence possible de la grossesse tubaire sans fœtus, et ne pratiquant pas d'examen histologique, mis en présence d'un cas semblable, doivent négliger le petit caillot adhérent à l'intérieur de la trompe, et considérer surtout les poches cloisonnées faisant saillie à la surface. Il est probable que ces poches, dont l'origine aux dépens de la muqueuse était ignorée, *ont été prises souvent pour des veines dilatées*, et qu'un certain nombre des cas de varicocèle limités à la trompe, qui ont été rapportés à l'appui de la thèse de Richet et Devalz sur la pathogénie de l'hématocèle pelvienne, étaient semblables à celui que nous présentons et doivent être interprétés dans le sens d'une grossessse tubaire méconnue. »

Quelle que soit l'interprétation adoptée, nous arrivons donc toujours, en fin de compte, à la constatation d'une grossesse ectopique, très probable dans certaines observations, certaine dans d'autres.

(1) PILLIET. *Progrès médical*, 7 avril 1894.

CHAPITRE IV

Des hémorrhagies de la trompe.

Nous pourrions dire également ici que la trompe comme l'ovaire peut être le siège d'hémorrhagies, soit à l'état sain (grossesse tubaire), soit à l'état pathologique (hématosalpinx). Mais la plupart des auteurs invoquent comme cause initiale de la grossesse tubaire, une salpingite desquamative antérieure, et notre division ne serait plus exacte au pied de la lettre.

Nous dirons donc que les hémorrhagies tubaires peuvent se produire *en dehors de la grossesse* ou *pendant la grossesse* de l'organe.

ARTICLE PREMIER. — **Des hémorrhagies de la trompe non gravide.**

Ce groupe comporte lui-même des faits où la trompe est *saine* et des faits où elle est *altérée*.

a) **La trompe est saine :**

Deux théories doivent nous occuper ici, toutes deux bien vieilles aujourd'hui. L'une appartient à Bernutz (1) : l'hématocèle par *rétention menstruelle*, et *reflux* du sang dans le péritoine. C'est en 1848, à propos d'une observation que nous analyserons plus loin, que cet auteur, se fondant sur un cas de Ruysch et sur les idées physiologiques de Haller, échafauda sa théorie, attaquée dès sa naissance, et qu'il a essayé de défendre toute sa vie, cherchant pour la consolider des preuves qui pourront aujourd'hui paraître douteuses. Nous recourrons à son livre si documenté pour les détails de la discussion et nous analyserons simplement ici l'observation mère du

(1) BERNUTZ. *Arch. gén. de méd.*, 1848, t. 17 et 18 ; 1849, t. 19. *Clin. des mal. des femmes.* BERNUTZ et GOUPIL, 1860.

travail (1), celle que ses adversaires appelaient ironiquement, avec Aran : la pièce de résistance de la théorie du reflux.

Elle a trait à une femme de 40 ans, observée dans le service de Piedagnel qui finit par mourir d'accidents septiques après hématocèle. Bernutz après l'avoir longuement rapportée, conclut en ces termes : « Cette observation, dans laquelle la rétention menstruelle a eu pour cause un rétrécissement du col utérin résultant d'un allongement hypertrophique de cet organe, est aujourd'hui tellement facile à analyser qu'il semble inutile de la faire suivre des longs commentaires que j'ai cru nécessaire d'y ajouter dans mes premières recherches » (en 1848).

Il nous paraît au contraire que la rétention menstruelle est des plus douteuses. D'abord, nous ne saurions pas bien comprendre ce rétrécissement du col utérin, résultant d'un allongement hypertrophique, d'autant plus qu'il est dit dans le corps de l'observation, qu'à l'autopsie, on trouve le col « perméable dans toute son étendue ». Et puis l'aménorrhée précédant les accidents, les douleurs analogues à celles de l'accouchement, perçues par la malade, l'expulsion d'un caillot membraneux avec pertes ; les recrudescences nombreuses et les crises à répétition, l'état de l'utérus gros, hypertrophié, et surtout *celui de la trompe droite dilatée et dont la surface interne est villeuse*, nous semblent se rapporter singulièrement à une grossesse tubaire.

A la théorie de la rétention du flux menstruel, se rattache comme corollaire celle de l'*hématocèle par métrorrhagie avec dilatation des trompes*, en faveur de laquelle Bernutz, son auteur, cite deux cas, l'un de Heurtaux (obs. 12 de la th. de Voisin, p. 116), l'autre de Voisin lui-même (*Bull. de la Soc. anat.*, 1860). Il en cherche la cause première dans la contraction spasmodique de l'un des orifices du col. Mais on ne saurait comprendre pourquoi le sang ayant une force suffisante pour distendre le corps de l'utérus et la trompe, ne l'aurait pas aussi pour forcer le canal cervical ; pourquoi les métrorrhagies si violentes parfois du cancer et des corps fibreux ne s'accompagnent pas d'hématocèle ; pourquoi enfin, dans ces deux observations, la dilatation des trompes n'est pas générale, mais limitée à un segment. Dans le cas de Heurtaux, entre autres, il est dit que la

(1) BERNUTZ et GOUPIL. *Loc. cit.*, obs. 6.

trompe gauche communique avec l'utérus par un orifice du diamètre d'une soie de sanglier !

Puech (1) n'a-t-il pas montré d'ailleurs que sur 258 observations, où le sang menstruel ne pouvait sortir que par les ostia uterina, ceux-ci n'ont été forcés que 15 fois.

Enfin cette théorie, ainsi que le fait observer Gallard (2), ne saurait nullement expliquer les hématocèles extrapéritonéales, si bien comprises, depuis Lawson Tait, à la suite de grossesses tubaires rompues dans le ligament large.

La théorie de Bernutz est donc à rejeter. Et si son long chapitre contient des observations de reflux sanguin par les trompes, hors de toute contestation, c'est qu'il s'agit alors de malformations des organes génitaux ou d'obstacles mécaniques que l'on n'a pas coutume de rencontrer dans les hématocèles communes. Les autres doivent s'interpréter autrement.

A. Guérin (3) accepte la théorie de Bernutz. Mais il ne peut se contenter de la contraction spasmodique du col, comme cause du reflux sanguin ; l'origine en est pour lui, dans la dysménorrhée membraneuse, lorsque la membrane muqueuse détachée fait bouchon au niveau du col, tandis que l'orifice de la trompe reste perméable.

Nous répondrons seulement que l'obstacle ne nous parait pas ici non plus suffisant pour obliger le sang à forcer les ostia uterina, et surtout que la dysménorrhée membraneuse est bien discutée aujourd'hui.

Aux yeux de beaucoup d'histologistes (Coïne, de Bordeaux, communication orale), la soi-disant muqueuse, ne serait presque toujours, sinon toujours, qu'une caduque.

Reste l'*hématocèle cataméniale* de Trousseau (4) et Fénerly (5).

« Il n'est guère douteux, dit Pozzi (6), que les trompes au moment des règles ne soient le siège d'une exhalaison sanguine analogue à celle de l'utérus. Bien des désordres observés à cette période sous l'influence perturbatrice d'une fatigue, d'un effort, d'un refroidissement,

(1) PUECH. *C. R. de l'Ac. des sc.*, 1861, t. LIII, 1867.

(2) GALLARD. *Leçons cliniques sur les mal. des ovaires*, 1886.

(3) GUÉRIN. *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme*, p. 439.

(4) TROUSSEAU. *Gaz. des hôpitaux*, 1858.

(5) FÉNERLY. Th. Paris, 1855.

(6) POZZI. *Traité de gynécologie*, p. 239.

sont vraisemblablement causés par l'effusion d'une petite quantité de sang dans le péritoine, où il se résorbe rapidement. On sait par de nombreuses expériences physiologiques, ainsi que par l'observation de ce qui se passe dans nombre de laparotomies, avec quelle facilité le sang peut disparaître quand le péritoine est sain. » Mais entre cet épanchement fugace, presque ou tout à fait impossible à constater cliniquement, et les lésions de l'hématocèle, il y a loin, si loin que Fénerly lui-même, comme nous le verrons plus loin, se demande à ce sujet « si les grossesses anormales ne seraient pas quelquefois causes d'hématocèle ».

Concluons avec Segond (1) : « malgré la grande autorité de Trousseau, l'hématocèle cataméniale n'a jamais été qu'une ingénieuse hypothèse ».

b) **La trompe est malade** :

Nous touchons ici à une question encore pendante, celle de l'hématosalpinx. Pour des raisons que nous exposerons plus loin, on tend, tous les jours davantage, à faire des hématosalpinx de vraies grossesses tubaires : la présence dans la trompe d'un caillot dur, adhérent (Orthmann), de villosités choriales, de cellules interstitielles fortement pigmentées (Pilliet), en seraient autant de preuves histologiques certaines.

Il faut cependant faire ici la part de l'inflammation pure, qui peut créer l'hématosalpinx de toutes pièces et l'hématocèle, par rupture secondaire de celui-ci.

Bernutz, à qui l'on doit toujours se rapporter pour toutes ces questions, consacre un chapitre aux hématocèles par rupture de la trompe non gravide.

D'après lui, la première observation aurait été publiée par Switzer (2) et le premier travail sérieux par Puech (3), qui, reprenant une idée de Barlow émise par celui-ci dans *The Lancet* de 1840, apporte dans son mémoire six observations. Bernutz les cite à son tour et les discute.

(1) SEGOND. *Loc. cit.*, p. 604.
(2) SWITZER, in TILT. *Diseases of women*, 1853, p. 258.
(3) PUECH. Montpellier, 1858, p. 55.

La première, très connue, est due à Pauli (1). Il s'agit d'une femme de 36 ans, aux règles irrégulières, sujette à des métrorrhagies, qui mourut en vingt heures, avec des douleurs abdominales. A l'autopsie, déchirure transversale, déchiquetée et frangée, de la trompe droite, longue de 15 millim., avec infiltration sanguine au pourtour. La trompe était très hypertrophiée, du diamètre d'un médius assez fort, remplie d'un caillot noir. L'utérus avait ses parois épaissies, sa muqueuse tomenteuse, ramollie, et tombant en putrilage sous le manche du scalpel.

Bernutz discute la possibilité d'une grossesse tubaire, mais la rejette pour se rattacher à une rupture par salpingite chronique. Il ne s'appuie pas pour cela sur l'absence du fœtus ou des membranes, parce que peut-être ils n'ont pas été suffisamment cherchés et que d'ailleurs leur absence ne prouve rien (assertion bien vérifiée aujourd'hui). Mais il se fonde : 1° sur le caillot intra-tubaire non adhérent, non organisé, et de date vraisemblablement récente ; 2° sur l'état de la trompe plus hypertrophiée dans ses parois que dilatée dans son canal, sans l'ampliation ampullaire habituelle aux grossesses tubaires ; sur le siège de la déchirure près du pavillon, anormal dans les grossesses tubaires ; sur l'état fongueux de la muqueuse ; 3° sur l'état de l'utérus irrégulièrement hypertrophié, et dont la muqueuse malade, ramollie, purulente, était surtout malade et ne présentait pas de caduque ; 4° enfin sur l'absence des signes subjectifs de la grossesse.

Nous convenons très volontiers que ces arguments nous paraissent valables, et nous regrettons que Bernutz n'ait pas apporté plus souvent dans ses examens, un esprit d'analyse et de critique aussi pénétrant.

Il manque cependant là, l'examen microscopique.

Nous passons plus rapidement sur les autres cas.

La deuxième (Reiffleck) se rapporte à la rupture d'un utérus cancéreux.

La troisième (Baudelocque) à une rupture de la trompe, pendant l'accouchement.

La quatrième (J. Russel. *Union médicale*, 1848, p. 589) est, de l'aveu de Bernutz, un cas évident de grossesse tubaire rompue.

La cinquième (Royer. *Ac. méd.*, octobre 1855) a trait à une femme de

(1) Pauli. *Gaz. des hôp.*, 1847, p. 199.

39 ans, IVpare, qui, après des troubles menstruels et des pertes, fut prise de douleurs, et mourut en quelques heures. On trouva la trompe gauche avec une dilatation régulière de 2 centim. de diamètre, remplie par un caillot recouvert d'une membrane mince, facile à déchirer; sur le bord supérieur, à l'union du tiers interne et des deux tiers externes, une déchirure. L'ovaire gauche, un peu gros, contenait un corps jaune; l'utérus un peu hypertrophié.

Pourquoi Bernutz n'a-t-il pas rangé ce cas parmi les grossesses tubaires ?

La sixième enfin (GODELLE. *Nouv. Biblioth. médicale,* 1828, p. 1, p. 261) parle d'une femme qui, battue par son mari, à l'époque présumée de ses règles, mourut en sept heures d'hémorrhagie ; la trompe droite présentait à son tiers interne une déchirure à bords irréguliers et frangés.

L'observation ne nous paraît pas concluante.

Des six cas de Puech, un seul-celui de Pauli, serait donc peut-être une rupture de trompe non gravide. Et encore celui-ci serait-il discutable.

Seuvres (1) a repris la question ; s'appuyant sur l'exsudation sanguine normale des trompes à l'époque des règles, il a cherché à établir la possibilité de l'hématocèle consécutive à une salpingite hémorrhagique. Pour lui, certaines fièvres à tendance hémorrhagique (variole, ictère grave, rougeole, fièvre typhoïde, etc.) peuvent favoriser l'hématosalpinx. Celui-ci provient surtout de vieilles lésions inflammatoires, avec transformation fongueuse de la muqueuse tubaire. La tumeur ainsi formée se rompit d'autant plus facilement que les parois tubaires sont altérées par l'inflammation, en même temps qu'amincies par la distention. La trompe se déchire de bonne heure, avant que l'on ait eu le temps d'assister aux diverses phases d'une tumeur tubaire.

Il cite l'observation de Pauli que nous venons d'analyser, une observation de Follin (2) et deux cas personnels.

Follin parle d'un cas où les deux trompes étaient dilatées, remplies par un liquide épais, brunâtre, hématique. A droite, l'extrémité de la trompe se perdait dans une masse sanguine du volume d'un œuf, qui occupait les parties postérieure et latérale de l'utérus.

(1) SEUVRES. *Progrès médical*, 1874, et thèse de Paris, 1874.
(2) FOLLIN. *Gazette des hôpitaux*, 1855.

Nous acceptons ici volontiers son interprétation, à cause de la dilatation des trompes dans la plus grande partie de leur étendue, de la couleur du liquide, et de la bilatéralite des lésions.

De ses cas personnels, le premier se rapporte à une femme de 37 ans, primipare, dysménorrhéique, qui, après une crise douloureuse et des pertes de sang brunâtre et poisseux, succomba avec des signes de péritonite. On trouva des caillots mous dans le Douglas ; la trompe droite était dilatée et remplie par une masse hématique à noyau central grisâtre et ferme, enveloppé d'une pellicule transparente.

Nous ne trouvons pas ici de rupture de la trompe et ce cas nous paraît plus douteux que celui de Follin.

Le deuxième est encore moins probant, puisque la femme, dysménorrhéique et porteuse d'une masse dans le cul-de-sac droit, à la suite d'une chute sur le ventre, finit par se guérir sans opération.

Guémer (1) dans sa thèse sur l'hématosalpinx ne donne aucune observation personnelle. Il admet que l'hématosalpinx est le plus souvent une forme de salpingite et peut se déverser dans le péritoine par l'orifice externe de la trompe ou par rupture de cet organe.

Nous savons combien ces faits sont discutés aujourd'hui et les conclusions de Guémer seraient formellement rejetées par beaucoup.

Nous voyons donc que l'hématocèle par rupture d'une trompe simplement malade doit être rare. Il en existe cependant des faits indubitables.

Coe (2) cite un cas opéré, qui lui a paru être ni une rupture de trompe gravide, ni un avortement tubaire, mais une hématocèle par hématosalpinx. Dans ce cas, toute la trompe est dilatée, et ce poin lui paraît important pour le diagnostic, malgré les objections de Wylie. Nous avons déjà insisté sur ce point.

Elliot (3) affirme, contrairement à Tait, qu'il a vu un assez grand nombre d'hématosalpinx qui n'étaient pas des grossesses tubaires et n'évoluaient pas comme elles.

(1) Guémer. Th. Paris, 1888.
(2) Coe. *American Journal of Obstetrics*, 1852, p. 35.
(3) Elliot. *The Boston med. Journal*, 1893.

Reynolds (1) est d'avis que beaucoup d'hématocèles sont dues à des hématosalpinx par salpingite chronique.

Homans (2) rapporte 4 cas d'hématocèle qu'il rapporte à des salpingites hémorrhagiques.

Barker (3) a publié l'observation d'une fille de 11 ans, chez laquelle une laparotomie fit découvrir la trompe droite distendue, tordue sur elle-même, noire, avec suffusions sanguines sous-séreuses, adhérentes à l'ovaire et communiquant avec un vaste foyer sanguin situé derrière l'utérus.

L'âge de la malade fait, dans ce cas, éloigner l'idée de grossesse tubaire, mais d'autre part, une salpingite assez grave pour conduire à des lésions aussi sérieuses, se rencontre bien rarement chez l'enfant.

Nous-même avons pu (et il ne serait pas sans doute difficile d'en ajouter d'autres) recueillir deux observations qui, sans aboutir à l'hématocèle proprement dite, marquent bien cependant les diverses étapes du processus.

Nous avons déjà donné l'une à propos des hémorrhagies de l'ovaire. Il y est dit que l'ovaire gauche présentait un foyer hémorrhagique assez volumineux, tandis que la trompe correspondante montrait dans ses parois de nombreuses hémorrhagies punctiformes.

Voici la deuxième, que nous devons à l'obligeance de notre ami Duvivier :

Obs. 3 (inédite). — Irma G..., 44 ans, réglée à 14 ans, Ipare, a commencé vers 38 ans à souffrir du ventre, avec pertes blanches ; elle a été soignée pour cela à la Maternité et à Laënnec. En janvier 1894, elle a perdu, en dehors de ses règles, et pendant 15 jours, du sang en assez grande abondance, puis a été prise de vives douleurs abdominales qui l'amènent à Cochin, où elle entre le 7 avril 1894, dans le service du Dr Quénu.

Elle accuse des douleurs dans le côté gauche, s'irradiant vers la cuisse et la région lombaire correspondantes, exaspérées par la marche et la palpation. Pas de fièvre.

Au toucher, petite tumeur rénitente, douloureuse dans le cul-de-sac gauche, séparée de l'utérus par un sillon assez prononcé. Col normal.

(1) Reynolds. *Ibidem.*

(2) Homans. *Ibidem.*

(3) Barker. *British medical Journal*, 18 février 1853.

Le 15 mai, laparotomie médiane. Adhérences intestinales étendues, plus marquées à gauche.

Ablation des deux trompes et des deux ovaires.

Guérison, après un léger incident dû à des complications respiratoires.

Exeat le 15 juin.

Examen des pièces. — La trompe gauche, du volume d'une grosse noix, est remplie de sang noir coagulé. L'ovaire, qui lui est intimement adhérent par le pavillon, présente deux foyers hémorrhagiques.

La trompe droite, un peu augmentée de volume, ne contient pas de sang. L'ovaire droit renferme une cavité du volume d'une noisette et remplie par un caillot noirâtre.

L'ensemencement du sang des trompes et des ovaires sur gélatine et sur gélose est resté négatif.

Nous regrettons qu'un examen histologique ne soit venu ici confirmer l'absence de grossesse tubaire, mais nous savons M. Quénu trop au courant de ces questions pour ne pas nous ranger à son diagnostic d'ovaro-salpingite hémorrhagique.

Ici, pas d'hématocèle ; mais un peu de pus, un choc ou un trauma amenant la rupture de la trompe droite eût pu la déterminer.

Ces cas pourraient paraître douteux à ceux que convainc seulement un examen microscopique. Nous pouvons, pour ceux-là, citer les observations suivantes :

Townsend (1) a vu une femme de 36 ans, multipare, qui, après des crises douloureuses accompagnées de pertes et de syncopes, présenta une masse dans le côté droit. On trouva, à l'ouverture du ventre, la trompe droite dilatée et partiellement déchirée. La malade guérit. On avait porté le diagnostic de grossesse tubaire. L'examen microscopique pratiqué par Whitney, ne put, malgré la compétence particulière de ce dernier, faire découvrir ni villosités, ni cellules déciduales, et Whitney, malgré lui, considéra le cas comme un hématosalpinx inflammatoire.

Croom (2) a opéré une femme présentant tous les signes de la grossesse tubaire : aménorrhée de deux mois ; métrorrhagies, douleurs à droite, tumeur avec bruits de souffle ; utérus hypertrophié.

(1) Townsend. *Boston medical Journal*, 1893, p. 438.
(2) Croom. *Edinb. med. Journ.*, octobre 1891, p. 314.

C'était cependant un hématosalpinx, et l'examen microscopique le plus sérieux ne put y découvrir les traces de grossesse tubaire.

Pilliet (1) enfin a publié récemment un cas d'hématosalpinx, le microscope ne révéla rien d'une grossesse.

Et d'ailleurs, s'il faut en croire Ferrari (2), on aurait souvent cru à tort à des grossesses tubaires. Dans un cas de salpingite catarrhale aiguë bien caractérisée, cet auteur aurait trouvé dans la trompe des cellules semblables aux cellules déciduales.

Sans vouloir accorder trop de créance à cette affirmation, et bien que pour nous aussi l'hématosalpinx soit le plus souvent le fait d'une grossesse tubaire, nous admettons donc que la salpingite hémorrhagique puisse être cause d'hématocèle ; et nous rapprochons immédiatement ces faits des cas semblables observés par lésions des ovaires. Le plus souvent, en effet, les deux organes sont atteints de pair et l'expression d'ovaro-salpingite hémorrhagique serait plus vraie. S'il eût été possible, nous aurions dû les décrire dans un même chapitre.

Mais les hématocèles qui en résultent présentent, comme nous le verrons, une physionomie clinique spéciale. L'ovaro-salpingite d'où elles naissent, s'accompagne toujours de lésions péritonéales à des degrés variables, si bien que le péritoine lui-même peut contribuer à leur développement et qu'il faudrait dire hématocèles par pachy-péritoni-ovaro-salpingite hémorrhagique. Aussi, ces dernières ne sont jamais très considérables, enkystées pour ainsi dire à l'avance, et n'ayant qu'une faible place pour se développer.

Là est la différence avec les hématocèles à volume énorme, avec ces véritables hémorrhagies internes à dénouement fatal, qui sont, elles, dues à l'évolution variable d'une grossesse tubaire, que nous allons envisager maintenant, dans un chapitre spécial.

(1) PILLIET. *Bull. Soc. anat.*, 12 mai 1893.
(2) FERRARI. *Annal. di ost. e gyn.*, Milano, 1892, p. 567.

Article II. — **Des hémorrhagies de la trompe gravide.**

Considérations historiques.

Il faut remonter bien loin dans l'histoire de l'hématocèle pelvienne, pour trouver l'origine des rapports de cette affection avec la grossesse ectopique. Non pas qu'ils eussent été dès lors entrevus comme fréquents et directs ainsi qu'on l'entend aujourd'hui. Mais on savait déjà que la grossesse tubaire peut se rompre, donnant ainsi lieu à des épanchements sanguins très considérables. Nous avons déjà dit comment, malgré les objections de Bernutz, nous voulions avec Lawson Tait, réunir ici les hémorrhagies intra-péritonéales à l'hématocèle, phase dernière d'un processus dont celles-là sont le début. Nous n'y reviendrons plus. C'est pour cela que dans ce court chapitre d'histoire, nous pouvons citer les observations déjà si vieilles, consignées par Goupil (1) dans l'excellent chapitre qu'il consacre aux hémorrhagies intrapelviennes dans les grossesses extra-utérines.

Sabatier (2) a vu deux femmes, au quatrième mois d'une grossesse supposée, « où le ventre se portait d'un côté seulement », mourir rapidement après une crise syncopale ; il vit, à l'ouverture, qu'il s'agissait dans les deux cas d'une grossesse tubaire rompue.

Littre (3) cite un cas de mort rapide, après une chute sur les genoux, suivie de crise, chez une femme grosse de six semaines; il y avait une déchirure de la trompe gauche, à cinq lignes au-dessous du pavillon, avec un œuf intact et un fœtus nageant dans sa cavité amniotique.

Duverney (4) parle d'une madame Galet, potière d'étain, âgée de 21 ans,

(1) Goupil, in Bernutz et Goupil. *Loco citato.*

(2) Sabatier. *Médecine opératoire*, 2e édition, t. III, p. 279.

(3) Littre. *Mém. de l'Ac. des sciences*, 1702, p. 209.

(4) Duverney. *Œuvres anatomiques*, t. II, p. 355-356.

grosse de deux mois, qui se livra à la danse avec frénésie, fut prise de crise et mourut rapidement. A l'autopsie, réclamée par la justice, on trouva une rupture de la trompe gauche gravide, avec un deuxième placenta dans l'utérus, dont le cordon était rompu.

Albers, de Brême (1), découvrit, chez une femme morte au troisième mois de sa grossesse, une rupture de la trompe droite avec un fœtus. Le cas est d'autant plus remarquable que le diagnostic de grossesse ectopique rompue fut fait du vivant de la malade.

Bianchi (2) a vu une femme mourir d'une rupture de grossesse tubaire, dont l'ouverture ne dépassait pas les dimensions d'un grain de blé. L'œuf était intact.

Köner (3) a observé un cas analogue. Chez une femme, morte avec des symptômes d'empoisonnement par l'arsenic, il trouva une trompe gauche avec un œuf intact, et deux petites perforations qui atteignaient à peine le volume d'une tête d'épingle.

Dans ces faits, terminés rapidement par la mort, il n'y avait pas eu d'enkystement. Voici des observations qui le mentionnent :

En 1855, Fleuriot (4) rapporte à la Société anatomique un cas d'hématocèle par rupture de grossesse tubaire droite, avec fœtus, que Nonat avait diagnostiqué du vivant de la malade. Il ajoute que Gaube a publié un cas semblable en 1853, et lui-même, un troisième fait en 1854. Ce fait, pour lui, confirme d'ailleurs la théorie de Laugier et la grossesse tubaire favorise la congestion de l'ovaire, indispensable pour que l'hématocèle se produise.

Fénerly (5) se demande si les grossesses anormales ne seraient pas quelquefois causes d'hématocèles. « C'est très possible ; supposons, en effet, que le fœtus se développe dans une des trompes, et qu'au bout d'un temps plus ou moins long, deux à trois mois environ, il vienne à se détacher et à tomber dans la cavité extra-utérine ; par suite de cette séparation, il y aura inévitablement lésion de quelques vaisseaux et si l'on considère l'état de congestion et de vascularisa-

(1) ALBERS, de Brême, in DEZEIMERIS. *Journ. des connaiss. médico-chirurgicales*, t. IV, p. 240.

(2) BIANCHI. *De naturali in humano corpore vitiosa morbosaque generatione*, p. 152.

(3) KÖNER, in MOREAU. Thèse 1853, p. 19.

(4) FLEURIOT. *Bull. Soc. anat.*, 1855.

(5) FÉNERLY. Thèse Paris, 1855, p. 30-34 et suiv.

tion de cette partie de la trompe, cela donnera lieu à une véritable hémorrhagie .... Ces cas doivent se présenter rarement, mais il n'y a plus de doute possible, si l'on s'en rapporte à la pièce anatomique que j'ai eue entre les mains, et que nous avons examinée avec M. Robin, qui a eu la bonté de me remettre la note suivante :

La trompe gauche renferme un caillot fibrineux avec une poche tapissée par une membrane, d'aspect séreux, facile à détacher par traction, et envoyant par sa face externe de minces filaments ramifiés dans l'épaisseur des caillots ; ces filaments sont des villosités choriales.

Le fait est des plus nets, ce qui n'empêche pas Luton (1) de n'y pas croire, emporté par une idée préconçue sur la genèse de l'hématocèle. Il écrit, en effet, « on voudrait laisser entendre évidemment qu'il s'agit ici d'une grossesse tubaire. Il n'en est pas moins vrai que c'est un cas d'hématome de la trompe bien caractérisé ».

Fénerly encore rapporte dans sa thèse l'observation (obs. I) d'une femme de 30 ans, Vpare, qui se croyait enceinte, et mourut par rupture de la trompe droite, dilatée en ampoule, avec un fœtus de deux mois et demi, pourvu de placenta ; la rupture, arrondie, mesurait 2 centim. de diamètre.

Il avait donc bien vu les faits tels que nous les connaissons aujourd'hui. Mais les diverses théories de l'hématocèle éloignaient alors tellement de la possibilité d'une grossesse extra-utérine, que les auteurs d'alors n'y songent pas ou se défendent de le faire. Fénerly considère le fait comme rare ; il fait le diagnostic entre la grossesse tubaire et l'hématocèle. Viguès (2), Prost (3) n'en parlent pas ; celui-ci se contente d'insister sur la négligence que les auteurs ont mis à parler de l'état des annexes. Et cependant les thèses si nombreuses, publiées alors, contiennent toutes des observations mal rédigées, qui pourtant nous paraîtraient aujourd'hui des cas presque certains de grossesse tubaire.

Viguès (obs. 3) parle d'une femme de 27 ans, dysménorrhéique, qui se croit enceinte : aménorrhée, vomissements, appétits bizarres. Après plusieurs crises douloureuses, elle présente une tumeur à droite, de 22 centim. sur 16,

(1) Luton. *Union médicale*, 1855.
(2) Viguès. Thèse Paris, 1850.
(3) Prost. *Ibidem*, 1854.

fluctuante, rejetant l'utérus à gauche. A l'autopsie : tumeur englobant la trompe et l'ovaire droits, recouverts par les fibres musculaires de l'utérus et faisant en partie saillie dans la cavité utérine. Au centre de la tumeur, cavité avec liquide sanieux, où flotte une masse solide du volume d'un œuf de poule.

C'est là évidemment un cas type de grossesse interstitielle.

Prost (obs. I) trouve, à l'autopsie d'une femme de 21 ans, l'ovaire et la trompe gauche augmentés de volume, renfermant un kyste citrin avec un caillot ferme et adhérent.

Orthmann ne reconnaîtrait-il pas là son caillot pathognomonique d'une grossesse ectopique?

Bernutz et Goupil font paraître leur grand ouvrage en 1860. Ils connaissent la grossesse tubaire, puisque Bernutz en rapporte dix-huit belles observations, soit dans le texte, soit dans les notes qui l'accompagnent, puisque Goupil écrit un magnifique chapitre sur « les hémorrhagies intrapelviennes dans les grossesses extra-utérines ». Mais Bernutz se fait de l'hématocèle, de son « hématocèle vraie », une conception si étroite, qu'il refuse absolument aux grossesses tubaires la possibilité de créer une tumeur enkystée. Se trompait-il ? Non, le plus souvent, comme nous le verrons plus tard. Il avait cliniquement raison et son observation précise ne pouvait le tromper. Mais il avait pathogéniquement tort ; nous espérons le montrer. Cependant le chapitre de Goupil est remarquable à tous égards. D'abord parce qu'il s'élève contre les idées exclusives de Bernutz touchant les rapports de la grossesse tubaire et de l'hématocèle, « ... l'histoire du caillot pelvien n'a qu'une importance secondaire auprès de la détermination de la source de l'hémorrhagie qui vient fatalement terminer les grossesses extra-utérines »; puis parce qu'il contient, avec 42 observations très nettes, une division parfaite des variétés observées. Il a tout vu, depuis la rupture des plexus utéro-ovariens variqueux, qu'il rapporte avec raison, nous l'avons montré, à la présence d'une grossesse tubaire, depuis la rupture de l'ovaire, dans les cas d'insertion ovaro-tubaire, jusqu'à la rupture primaire de la trompe, ou secondaire du kyste fœtal. A son mémoire, on ne saurait ajouter que des faits.

Gallard (1) entrevit, lui aussi, les rapports fréquents de la grossesse extra-utérine et de l'hématocèle, non pas du premier coup, comme certains l'ont prétendu. Les premières publications de Gallard sont sur ce point très peu affirmatives. S'il y parle de « ponte extra-utérine », cette expression est pour lui plus imagée que significative. C'est le détachement de l'ovule, fécondé ou non, qui fait pour lui l'hémorrhagie par plaie vésiculaire et non par accident dû à l'évolution anormale de l'œuf lui-même, comme l'avait pensé Denucé (2). A ce titre, sa première conception est fausse et doit être abandonnée, maintenant. C'est ce qu'il comprit lui-même, se rapprochant par degrés, lors de ses publications ultérieures, des opinions d'aujourd'hui, affirmant d'abord que l'œuf fécondé avait beaucoup plus de chances de déterminer l'hémorrhagie (ce qu'il ne savait, ni ne disait en 1855), puis enfin ajoutant (3) : « Ce n'est pas que l'hémorrhagie se produise toujours juste au moment où l'ovule se détache ; bien souvent, au contraire, au lieu d'avoir son point de départ dans l'ovaire même, elle peut provenir soit de la rupture du kyste fœtal, soit des fausses membranes qui se sont organisées autour de ce kyste fœtal. L'extravasation sanguine se fait alors par suite d'un travail morbide analogue à celui qui donne lieu aux hémorrhagies intra-arachnoïdiennes, à la suite de la pachy-méningite, d'après le mécanisme indiqué par Virchow. *C'est pourquoi l'hémorrhagie a beaucoup plus fréquemment son point de départ dans les grossesses extra-utérines véritables que dans les simples pontes extra-utérines d'un œuf non fécondé.* » Ici il est dans le vrai, cite plusieurs observations concluantes, et parle avec raison de l'influence du coït, du traumatisme et des congestions menstruelles sur la production de la rupture.

Entre temps, s'accumulaient peu à peu des matériaux sur la question. Schrœder (4) publiait, en 1873, un cas de grossesse tubaire partout cité, et Poncet (5) commençait à évoluer du côté de la grossesse ectopique. Mais c'est à Lawson Tait (6) que revient le véritable

(1) Gallard. *Bull. Soc. anat.*, 1855.
(2) Denucé. *Ibidem.*
(3) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, 1886, p. 68.
(4) Schrœder. *Wiener medic. Woch.*, 1873.
(5) Poncet. Thèse d'agrégation, 1878.
(6) L. Tait. *Brit. med. J.*, 1885, 1888, 1889, 1890. — *Lancet*, 1886-1887. —

honneur de la conception pathogénique et thérapeutique de l'hématocèle comme on l'entend aujourd'hui. Dans une série de publications, échelonnées de 1885 à 1888, et qu'il a résumées dans son livre sur la grossesse ectopique et l'hématocèle pelvienne, dont nous ne saurions trop recommander la lecture, il a forcé l'attention sur ce point, et, sûr de combattre le bon combat, a fini par triompher dans une lutte où il a été vivement attaqué au début. Ses recherches ont provoqué l'essor de nouvelles études sur la grossesse ectopique. Les histologistes ont repris la question, Veit, Orthmann, Klein, Keller, Wyder, Zedel, en Allemagne; Bland Sutton et Whitney, en Amérique; Pilliet et Gautier, en France. Les cas de laparotomie se sont multipliés, à tel point qu'on a peine à les consigner tous. Et de ces multiples travaux s'est dégagée d'une façon définitive l'affirmation que l'hématocèle et les hémorrhagies pelviennes sont le résultat d'une grossesse tubaire. Pinard, Pozzi, Segond, nos amis Pilliet, W. Binaud et Gautier ont largement contribué à faire accepter ces idées en France, et c'est le chemin déjà tracé par eux, que nous voudrions élargir ici.

Pourquoi cependant cette divergence si grande entre la théorie nouvelle et ses aînées? Faut-il douter du sens d'observation d'hommes tels que Bernutz, Puech, Huguier, Nélaton? Et pourquoi ces cliniciens remarquables virent-ils si peu la grossesse tubaire où nous la trouvons presque toujours maintenant? Le secret en est dans les notions incomplètes qui régissaient encore la grossesse extra-utérine. Seuls les progrès de l'histologie pouvaient démontrer que l'absence de poche, de placenta, de membranes n'avaient qu'une importance relative, que la présence de microscopiques villosités, inconnues alors, suffisait, au contraire, à témoigner de la gravidité de la trompe. Ajoutons aussi que l'avortement tubaire, dont l'importance s'accroît chaque jour, était alors ignoré. Les hésitations passées ne peuvent donc nous étonner. Nous comprendrons moins, et pour les motifs contraires, les discussions que la thèse de Binaud a soulevées devant la Faculté de Bordeaux en l'an de grâce 1892.

Edinburg med. Journ., 1885. — *Centr. f. Gyn.*, 1889. — *Wood's mas. monog.*, 8 N.-Y., 1890. — *Dixième Congrès de médecine de Berlin.* — *Lectures on Ectopic pregnancy and pelvic hæmatocele*, 1888.

Étiologie. Fréquence.

Notre intention n'est pas de faire ici une monographie complète de la grossesse ectopique, et nous passerons sous silence tout ce qui n'a pas trait à notre sujet. Ces points ont été étudiés ailleurs avec une compétence à laquelle nous ne saurions prétendre.

Mais il nous semble indispensable de dire quelques mots sur la fréquence et l'étiologie de la grossesse tubaire, car c'est faire par là l'étude des origines même des hémorrhagies pelviennes.

La fréquence, avons-nous dit, se multiplie tous les jours. Nous avons tenu à lire nous-même toutes les thèses et ouvrages didactiques imprimés sur notre sujet ; nous avons parcouru un grand nombre de publications étrangères, anglo-américaines surtout, et nous sommes sorti de ces lectures, convaincu de la vérité de nos affirmations. Si nous n'avions craint d'allonger trop la partie critique de ce travail, nous aurions épluché toutes les observations parues dans les thèses antérieures, pour montrer combien leurs auteurs s'étaient mépris sur leur interprétation et avaient souvent méconnu la grossesse ectopique. Nous espérons l'avoir fait suffisamment. Et d'ailleurs, est-il besoin d'insister davantage devant l'énorme masse de faits nouveaux qui s'accumulent tous les jours, surtout à l'étranger.

Lawson Tait (1) insiste sur cette multiplication : Goupil a pu faire un relevé de 42 cas ; en trois mois, Baudelocque en observa 5, d'après Nonat. De janvier 1883 à juillet 1888, c'est-à-dire en cinq ans, L. Tait lui-même en a opéré 39 cas sur 37 succès, et il a souvenir d'au moins 23 autres, qu'il a vus avant son premier cas heureux, dans les vingt années qui ont précédé.

En 1850, Formad, de Philadelphie, avait déjà vu, d'après Reynolds (2), plus de 30 cas de mort par grossesse tubaire et seulement pour motifs médico-légaux. Et Reynolds ajoute que les cas non reconnus doivent sûrement l'emporter largement sur ceux que démontre l'examen direct, beaucoup de malades échappant aux dangers immédiats pour retomber dans des affections chroniques du bassin où l'on reconnaît difficilement les traces d'une grossesse tubaire antérieure.

En 1891, Fenger (3) d'une étude attentive conclut que les cas de

(1) L. Tait. *Lect. on Ectopic Pr.*
(2) Reynolds. *British Medic.*, 1893.
(3) Fenger. *American J. of Obst.*, 7 janvier 1891.

grossesse extra-utérine deviennent de plus en plus fréquents. Il a fait le décompte des observations publiées en Amérique, et en a constaté : 50 en 1887 ; 70 en 1888 ; 110 en 1889.

En 1892, Binaud (1) a pu en consigner dans sa thèse 72 cas. Nous-même avons relevé 249 observations, dont plus des deux tiers de 1892 à juin 1894, et nous ne saurions avoir la prétention de n'avoir, malgré nos recherches, fait aucun oubli. Nous sommes sûr du contraire. Il nous a suffi d'interroger à ce sujet, pendant trop peu de temps, malheureusement, nos collègues des hôpitaux, pour avoir connaissance d'un grand nombre de cas inédits, et notre battue a été trop rapide pour être complète. D'ailleurs, comme nous le disions plus haut, chaque journal, surtout à l'étranger, en apporte plusieurs exemples, et à l'heure où ce travail paraîtra, on connaîtra certainement beaucoup d'observations nouvelles.

Pourquoi cette abondance de documents si marquée ailleurs que chez nous, et surtout en Amérique et en Angleterre ? Nous croyons qu'il n'en faut pas chercher la raison dans une fréquence réellement plus grande de la grossesse ectopique ; quelle raison pourrait l'expliquer ? — Mais ces questions sont devenues presque anglaises et américaines depuis les travaux de Tait, de Parry, de Read de Cincinnati ; elles sont là-bas bien mieux connues, le diagnostic plus en éveil, l'intervention beaucoup plus aventureuse surtout, car tout le monde ouvre des ventres en Amérique, souvent avec raison.

Ces mêmes explications s'appliqueraient à l'Allemagne, que Schrœder, Veit, Martin, Zweifel, Orthmann ont initiée à la question.

Chez nous, au contraire, la grossesse extra-utérine, qui avait suscité au début de si admirables travaux, était retombée dans l'ombre, et ce sont ces toutes dernières années qui l'ont vue se relever un peu avec les noms français que nous avons cités.

Quelles sont les causes de cette grossesse tubaire ? Lawson Tait (2), étudiant le rôle de l'épithélium vibratile de la muqueuse tubaire, invoque une salpingite desquamative avec chute des cils. Il en résulterait que l'ovule reste en route dans la trompe sans pouvoir atteindre l'utérus, tandis que les spermatozoïdes, débarrassés des cils qui leur défendaient l'entrée des oviductes, y pénètrent et vont là-même féconder l'ovule qui se greffe sur place, d'autant plus, ajoute Pilliet,

(1) BINAUD. *Loco citato.*
(2) L. TAIT. *Lect. on Ectopic pregn.*

que l'inflammation transforme les franges de la trompe en bourgeons charnus, épais et vasculaires, où la greffe de l'œuf se fait plus aisément. De fait, cette altération de l'épithélium presque toujours constatée est admise par la plupart.

Bland Sutton, au dire de Tait, l'a maintes fois relevée.

Engstrom (1) conclut aussi à l'influence de la salpingite et de la périsalpingite sur l'épithélium.

Price (2), à côté de la salpingite, invoque une cause un peu plus douteuse : « la crainte d'une conception illégitime ».

J. Ross (3) insiste sur la salpingite, sur la gonorrhée de plus en plus fréquente chez les femmes du peuple, sur les soins insuffisants que prennent ces dernières après les fausses couches ou les accouchements; sur leurs durs travaux, sur la multiparité, tous motifs à salpingite.

Mais il admet aussi comme causes : la compression de la trompe par un fibrome, et la malformation des organes génitaux internes.

Cette dernière influence a été surtout défendue en Allemagne, pour expliquer les grossesses tubaires doubles ou récidivées.

Beck (4) rappelle l'importance des recherches de Freund (5) sur les malformations congénitales ou acquises des trompes.

Schroeder (6) croit que le calibre deviendrait ainsi suffisant pour le passage du spermatozoïde, insuffisant pour celui de l'ovule fécondé.

Karl Abel (7) se range à cet avis ; il invoque la torsion en spirale de la trompe, souvent bilatérale, ce qui expliquerait les grossesses tubaires doubles ou récidivées.

Ainsi donc salpingites d'un côté, de l'autre malformations congénitales ou acquises de l'organe, se combineraient souvent pour amener, suivant la théorie de Lawson Tait, la fécondation de l'ovule en mauvais lieu et le développement d'une grossesse ectopique.

Quant aux causes banales de l'hématocèle : froid, fatigue, travaux,

(1) Engström. *Zeitschrift für Geb. u. Gynæk.* Bd. XXIV, t. 2.
(2) Price. *American J. of Obst.*, décembre 1892, p. 859.
(3) J. Ross. *Ibidem*, janvier 1893, p. 1.
(4) Beck. *American J. of Obst.* 1893.
(5) Freund. *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, n° 323.
(6) Schrœder. *Lehrbuch der Geburtshülfe.*
(7) K. Abel. *Arch. f. Gynæk.*, XLIV, 1, 1893.

coït, congestions menstruelles, elles jouent seulement leur rôle au moment de la rupture du sac fœtal. Nous les retrouverons un peu plus loin.

Anatomie pathologique.

La partie intéressante de ce chapitre nous paraît devoir être celle qui a trait à l'étude, encore relativement nouvelle, des modifications que la grossesse tubaire imprime à la trompe et aux organes de voisinage, changements importants et qui préparent les deux modes hémorrhagiques distincts que nous étudierons successivement: l'avortement et la rupture tubaires.

L'hémorrhagie produite par un de ces deux mécanismes, nous envisagerons les conditions qui amènent l'enkystement dans un cas, s'y opposent dans l'autre. Nous nous occuperons enfin des grosses lésions de l'hématocèle pelvienne; mais ces dernières sont déjà trop connues de tous, pour que nous voulions nous y arrêter longuement et reproduire ici les excellentes descriptions de nos classiques.

I

Débarrassons-nous d'abord des détails accessoires de *côté* et de *siège*. Il serait rationnel de penser que la grossesse tubaire doit également siéger des deux côtés. C'est l'opinion de Ross (1). Martin (2) cependant, sur un relevé personnel de 56 cas, en signale 34 à droite et seulement 22 à gauche, Munde (3) au contraire, sur 6 cas, n'en a vu qu'un à droite; les 5 autres siégeaient à gauche. Poncet (4) penche pour le côté droit. Personnellement, sur un total de 180 observations, où le siège latéral était indiqué, nous avons trouvé 96 cas à gauche et

(1) Ross. *American J. of Obst.*, 1893.
(2) Martin. *Central. fur Gynæk.*, 1892, n° 32.
(3) Munde. *American Journal*, mai 1894, p. 593.
(4) Poncet. Article Hématocèle du *Dict. encyclop.*

84 à droite. C'est dire que la chose ne comporte ni fixité, ni importance et qu'il faut se ranger à l'opinion de Ross.

La grossesse tubaire peut-elle se rencontrer des deux côtés à la fois ? Oui, et nous avons pu relever un certain nombre de grossesses doubles.

Walter (1) a cité le cas d'une femme de 22 ans, laparotomisée, et chez qui, après ablation bilatérale des annexes, Bland Sutton trouva une trompe gauche avec un fœtus, une trompe droite dilatée avec une cavité amniotique, des villosités choriales, mais pas d'embryon.

Mackenrodt (2) a observé un cas de grossesse tubaire double chez une femme de 32 ans, laparotomisée pour rupture. La trompe droite contenait un vieux sac, avec des os fœtaux ; la trompe gauche, un œuf plus récent.

Johnson (3) a laparotomisé une malade de 36 ans, dont la trompe droite gravide s'était rompue, tandis que la gauche contenait encore un œuf avec villosités choriales.

Doran (4) a enlevé, chez une malade de 36 ans, la trompe droite qui renfermait un caillot adhérent rappelant un œuf apoplectique, avec villosités choriales, et la trompe gauche gravide, déchirée près de l'ostium.

Rowan (5) et Savage (6), ont également publié chacun un cas semblable.

Ott (7) a vu lui aussi une grossesse tubaire bilatérale récente à droite, plusieurs à gauche, celle-ci diagnostiquée bien avant l'opération.

A ce groupe anormal, nous devons joindre les grossesses tubaires récidivées du côté opposé, après une première opération. Ce sont, en effet, de véritables grossesses tubaires bilatérales, à évolution successive. Les cas en sont un peu plus nombreux.

Veit (8) a déclaré avoir vu sur 12 cas de grossesses tubaires, 3 récidives du côté opposé.

Boisleux (9) opérait le 19 avril 1891, une femme, pour grossesse

(1) Walter. *British med.*, 1er octobre 1892.
(2) Mackenrodt. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.* Bd, 33. Heft 1.
(3) Johnson. *Boston medical*, 1894, 15 mars, p. 256.
(4) Doran. *Brit. med.*, 1891, vol. II, p. 789.
(5) Rowan. *Australian med. J.*, 1890, p. 265.
(6) Savage. *Brit. med.*, 1892, vol. I, p. 556.
(7) Ott. *Soc. obst. de Saint-Pétersbourg*, septembre-octobre 1893.
(8) Veit. *S. obstét. et gynéc. de Berlin*, 1878.
(9) Boisleux. *Ann. de la Soc. obst. de France*, 22 avril 1892.

tubaire droite; le 17 juin, il lui ouvrait à nouveau le ventre et constatait une grossesse tubaire gauche.

Beck (1) cite un cas qui lui est commun avec Reed, opérée en 1891 par Reed pour une grossesse tubaire gauche, et en 1892 par lui, pour une grossesse tubaire droite. Il cite à ce propos les cas de Veit, Klertsch, L. Tait, Herman, van Heukelam, Frommel, Mackenrodt, Winckel, Olshausen, Meyer de Copenhague. Il rappelle que Frommel, Puech (2), Olshausen sont d'avis que la grossesse tubaire a tendance à récidiver, et il en conclut l'ablation bilatérale des annexes, lors de la laparotomie.

Frommel (3) a fait sur la même femme, une laparotomie en 1883, pour rupture de grossesse tubaire; en 1887, la femme a eu une nouvelle hématocèle. La grossesse récidivée est dans ce cas très probable.

Harrington (4) a vu une grossesse à droite, suivie deux ans après d'une grossesse à gauche, avec double opération heureuse.

Abel (5) rappelle les cas d'Olshausen et de Meyer. Il a vu, lui aussi, une fille de 29 ans, laparotomisée deux ans auparavant par Schwarze pour grossesse tubaire gauche, offrir ensuite une grossesse tubaire droite qu'il guérit à son tour par la laparotomie. Comme nous l'avons vu au chapitre étiologique, il attribue ces faits à des malformations congénitales des trompes, et conseille d'enlever les deux oviductes en pareils cas, si on les trouve tordus en spirales.

Toutes ces observations comportent un intérêt pratique qui ne pouvait nous laisser indifférent,

Peut-il enfin y avoir des *grossesses gémellaires,* avec deux sacs dans la même trompe? Oui.

Strecker (6) a vu à l'autopsie d'une femme de 30 ans, morte subitement, la trompe gauche rompue contenir deux fœtus mâles.

Et Coë (7) a rapporté un cas de double grossesse tubaire droite, avec un vieux sac datant de douze ans, contenant un fœtus momifié et un sac récent renfermant un deuxième fœtus de trois mois, cause

(1) Beck. *Amer. Journ. of obst.,* 1893, p. 570.
(2) Puech. *Gazette obstétricale,* 1879.
(3) Frommel. *Deutsche med. Woch.*, 5 juin 1850.
(4) Harrington. *Boston med.*, 4 janvier 1859, t. CXXX, p. 6.
(5) K. Abel. *Arch. f. Gynæk.*, XLIV, 1, 1893.
(6) Stricker. *Soc. de méd. de Berlin,* 2 mars 1892.
(7) Coe. *American J. of obst.*, 1893, p. 855.

de rupture. Ce fait anormal lui fait discuter la possibilité de la migration interne de l'œuf. Mais il préfère admettre que le premier sac s'était développé dans un diverticule tubaire, comme le veut Williams, et comme Klein l'a aussi observé.

Il rapporte en plus un cas semblable de Haydon décrit par Braxton Hicks (1).

A la suite de ces observations curieuses, nous devons placer celle de Duverney (2) que nous avons rapportée plus haut et qui a trait à une grossesse tubaire gauche rompue, tandis que l'utérus renfermait un deuxième placenta dont le cordon était rompu.

Nous devons maintenant étudier *quelle partie de la trompe l'œuf occupe habituellement.* Il peut se fixer partout depuis l'orifice utérin jusqu'aux franges du pavillon, constituant ainsi des variétés de grossesse tubo-ovarique, tubaire et tubo-interstitielle, dont l'évolution pourra être bien différente, comme nous le verrons. Aux deux modes extrêmes succèderont parfois, en effet, l'avortement tubaire soit abdominal, de beaucoup le plus fréquent, soit utérin, comme nous en citerons deux observations. Le détail a donc son importance.

Martin (3) a vu sur 55 cas l'œuf siéger 49 fois dans l'ampoule tubaire et cette énorme proportion expliquerait à ses yeux la fréquence très grande de l'avortement tubo-abdominal, surtout dans les premiers mois de la grossesse ectopique, alors que les franges du pavillon ne sont pas encore agglutinées par des adhérences.

Bien des observations gardent le silence sur ce siège précis de l'œuf, et se contentent de dire grossesse tubaire droite ou gauche. Cependant il nous a paru que l'opinion de Martin est vraie. Bernutz, il y a déjà longtemps, avait insisté sur ce point ; et la fréquence des adhérences tubo-ovariques, la fréquence des ruptures intra-péritonéales s'accordent avec la théorie pathogénique de Lawson Tait, pour montrer que, le plus souvent, l'œuf reste en détresse à l'origine de la trompe, au niveau de son tiers externe.

Il nous faut, à ce propos, dire quelques mots de la grossesse ovarienne. L. Tait n'en nie pas la possibilité théorique, mais il faut pour

(1) Braxton Hicks. *Trans. of London obst. Society*, 1864, p. 280.
(2) Duverney. *Œuvres anat.*, t. II, p. 355.
(3) Martin. *Centr. f. Gynæk.*, 1892, n° 39.

sa réalisation la réunion de tant de conditions diverses, qu'il la considère comme un phénomène aussi rare « que la naissance d'un lion bleu ou d'un cygne à deux têtes ». Et cependant, plus récemment, au Congrès de Bruxelles, Martin (1) prétendait que l'insertion ovarienne de l'œuf n'était pas aussi rare qu'on l'a voulu dire en ces derniers temps. Ce point a cependant son importance. Mais que la grossesse ait été ovarienne primitivement, ou que l'ovaire, comme le veut L. Tait, ait été peu à peu englobé dans le kyste fœtal, il n'en est pas moins vrai, nous l'avons dit plus haut, qu'un certain nombre d'observations d'hémorrhagies graves, étiquetées : apoplexie ou éclatement de l'ovaire, devraient être peut-être interprétées autrement, en faveur d'une grossesse tubo-ovarique. Le siège si fréquent de l'œuf dans le pavillon et dans le tiers externe de l'oviducte en est déjà l'indication.

II

Étudions maintenant l'anatomie de la trompe gravide, telle que les recherches récentes de Veit, Wyder, Orthmann, Wœrth, Zedel et Pilliet nous l'ont fait connaître; notre excellent ami Gauthier (2) en a, dans sa thèse, donné un très bon résumé.

Aussitôt que l'œuf s'est fixé dans un des sillons muqueux de l'oviducte, les annexes correspondantes subissent une vascularisation prononcée; on voit surtout au niveau du point d'implantation de l'œuf des vaisseaux sillonner le ligament large ; ils se multiplient, se délatent, parfois peuvent devenir variqueux. Pareil fait ne doit pas nous étonner; il se passe également dans les grossesses utérines vraies, comme Budin l'a montré après d'autres. Et ce développement rapide n'est même pas suffisant, nous le verrons, pour permettre à la trompe, trop pauvre elle-même malgré ce supplément de vaisseaux, de fournir au développement complet de l'œuf. Constatons-le cependant; nous avons vu à propos des ruptures des plexus utéro-ovariens quels rapports étroits unissaient ces dernières à l'existence d'une grossesse ectopique.

La trompe augmente de volume, se contourne en flexuosités variables, suivant l'absence ou la présence d'adhérences qui guident

(2) MARTIN. *Congrès de Bruxelles*, 1892.
(1) GAUTIER. Th. Paris, 1893.

ces déformations, et donnent la clef de certaines dispositions anormales, où l'on a vu le sac fœtal fixé à la face postérieure de l'utérus et au rectum (1). Ce changement de volume tient à deux faits : hypertrophie des parois de l'oviducte, développement du canal tubaire, au siège d'insertion de l'ovule fécondé. A cet endroit, se produit un renflement fusiforme puis ampullaire, toujours très net, persistant avec ces caractères, qui permettent, en l'absence de l'œuf, d'affirmer presque sûrement l'existence de la grossesse tubaire. De très rares observations signalent une dilatation uniforme de tout le calibre de la trompe.

Que deviennent les orifices ? Le cas diffère aux deux extrémités du canal.

L'orifice utérin est le plus souvent perméable ; on a signalé sa compression par un fibrome (Doléris-J. Ross) et nous savons que ce dernier voit là une des causes possibles de la grossesse tubaire. Vaquez l'a vu rétréci par une bande fibreuse, et l'on pourrait citer d'autres cas, où son calibre avait disparu. Il n'en est pas ainsi le plus souvent. On a souvent insisté sur l'intégrité relative du tiers interne de la trompe. (Tuffier), qui souvent n'apparaît malade qu'au niveau du kyste fœtal. Zedel (2) et Werth (3) ont vu les lésions salpingiennes aller en diminuant du sac vers l'utérus, où elles étaient très peu prononcées. C'est la raison de cette perméabilité, relativement fréquente.

L'orifice abdominal au contraire est dans une condition toute différente. Sans parler des adhérences si fréquentes qui unissent le pavillon à l'ovaire et qui ferment celui-ci même en dehors de toute gravidité, il nous faut rappeler ici que l'œuf siège ordinairement (49 fois sur 55 cas pour Martin) dans le pavillon lui-même. Aussi ce dernier subit-il des transformations marquées, intéressantes parce que leur évolution empêche, ou favorise l'avortement tubo-abdominal. Bland Sutton (4) a bien montré comment dans le premier mois, il reste ouvert, simplement congestionné et turgescent, tandis que dans les semaines qui suivent, et parfois très rapidement, ses franges s'accolent et ferment hermétiquement l'ovi-

(1) Binaud. Th. Bordeaux, 1892.
(2) Zedel. *Zeit. f. Geburts. u. Gynæk.*, 1893.
(3) Werth. *Behandlung der extra-uterin Schwangerschaft*, 1887.
(4) Bland Sutton. *The Lancet*, 1891.

ducte à son extrémité ovarique. Il y aurait là une transformation curieuse du péritoine adjacent qui formerait une collerette saillante envahissant peu à peu l'orifice pour le rétrécir, l'agglutiner et le fermer. Ceci nous explique pourquoi l'avortement tubaire, si fréquent dans les premiers mois, devient plus rare ensuite et fait place à la beaucoup plus grave rupture.

Ajoutons de suite que ce processus péritonéal ne s'arrête pas là, et qu'il engendre souvent des néomembranes, qui s'ajoutent aux anciennes adhérences pour créer autour du kyste fœtal une barrière providentielle au moment de la rupture, et souvent des difficultés sérieuses, au moment de l'opération.

Que deviennent les diverses tuniques de la trompe :

En dehors du sac fœtal, elles sont souvent peu modifiées : lésions variables de salpingite ; desquamation de la muqueuse, inconstante d'ailleurs d'après Zedel et Veit. La constatation de mouvements ciliaires actifs, sur des trompes gravides fraîchement enlevées, serait loin d'apporter une confirmation à la théorie si séduisante de L. Tait, sur la pathogénie de la grossesse tubaire, mais ces faits doivent être considérés comme exceptionnels ; hypertrophie de la couche musculeuse, malgré les assertions erronées d'Abel (1), portant surtout sur les faisceaux circulaires ; enfin dilatation et multiplication des vaisseaux ; et l'intensité de cette néoformation vasculaire est bien marquée par ce fait que les environs des vaisseaux sont infiltrés de petites cellules.

Au niveau du sac fœtal, les changements sont naturellement beaucoup plus intenses. Le développement de l'ampoule ovulaire efface les plis de la muqueuse, qui disparaissent aussi partiellement par soudure, et comme nous l'avons vu plus haut, la constatation d'une dilatation circonscrite de la trompe, jointe à l'absence en cet endroit des sinuosités muqueuses, permet d'affirmer la grossesse tubaire, en l'absence de tout autre signe.

L'épithélium s'aplatit et s'allonge ; il peut disparaître par places ; il disparaît complètement au niveau du futur placenta.

Sous l'épithélium, infiltration de petites cellules, plus marquée aux extrémités qu'au centre du sac, où le tissu sous-épithélial disparaît.

La musculeuse s'hypertrophie, mais ce processus n'est pas indéfini

(1) Abel. *Arch. f. Gynæk.*, 1891.

comme au niveau de l'utérus, il n'est pas parallèle à l'augmentation de l'œuf, s'arrête bientôt, de sorte que la paroi musculaire malgré ses efforts se laisse distendre, s'éraille par places et s'amincit, d'autant plus qu'on a signalé au milieu des faisceaux musculaires l'existence de grands espaces sanguins, qui en amoindrissent naturellement la résistauce. C'est là une des causes de la rupture.

Étudions rapidemet le *placenta*.

Et d'abord où se fait le plus souvent l'insertion placentaire ? le plus souvent du côté opposé à l'insertion ligamenteuse de la trompe. 44 fois sur 55 dans la statistique de Martin, ce qui nous explique le nombre plus considérable des hémorrhagies intrapéritonéales, puisque nous verrons que la rupture siège au niveau de l'insertion placentaire.

Nous ne voulons pas reproduire ici toutes les discussions qu'ont soulevées l'existence et l'origine de la caduque vraie et réfléchie.

Frommel, Abel, Wyder, Orthmann, Zedel l'admettent et la font dériver, les uns des leucocytes, d'autres de l'épithélium. Virchow, Keller, Werth, Tarnier et Budin, Pilliet ne l'ont jamais vue.

Nous nous contenterons de rapporter le résultat des recherches de Pilliet dont la compétence en ces matières s'est dès longtemps affirmée. Au point d'insertion placentaire, le chorion de la muqueuse présente de grandes cavités sanguines et lymphatiques ; de sa surface s'élèvent des prolongements grêles qui limitent des lacs sanguins, à l'intérieur desquels pénètrent des villosités placentaires qui diffèrent des nodosités ordinaires, en trois points : elles sont maigres, peu arborescentes, elles contiennent très peu de capillaires dans leur épaisseur ; la couche des cellules multinucléées de l'ectoplacenta a disparu par places.

La distribution des artères, à ce niveau, diffère de celle des veines.

Les artères nombreuses n'aboutissent pas toutes au placenta : quelques-unes se réfléchissent en anse pour rentrer dans la musculeuse. Les autres se contournent en hélice, et abordent les couches profondes en se dépouillant progressivement de leurs tuniques, et de leurs ramifications latérales ; leurs parois s'amincissent, bientôt réduites à un épithélium, difficiles à distinguer des parois veineuses ; leur calibre augmente au contraire. Au niveau de l'espace intervilleux, l'endothélium lui-même disparaît : veines et artères se confondant en des sinus tapissés par des cellules semblables à celles de la caduque.

Les veines non plus hélicines mais simplement obliques, se modifient moins dans leurs parois que les artères, ou plutôt moins vite, car arrivées dans la sérotine, elles perdent aussi leur endothélium, séparées de l'espace intervilleux dans lequel elles se jettent bientôt par une simple cloison anhiste.

Telle est, suivant l'heureuse expression de Gauthier, l'anatomie normale de la trompe gravide; nous allons passer à son anatomie pathologique.

Disons cependant quelques mots des modifications de voisinage :

Le vagin devient violacé, signe de diagnostic qui a quelque importance. L'utérus s'hypertrophie. progressivement, mais n'atteint jamais le volume d'une grossesse vraie d'âge correspondant. Son col se ramollit. Sa muqueuse se transforme en caduque, point également intéressant pour le diagnostic. Cette caduque sera expulsée, lors de la mort du fœtus, soit en masse, simulant alors un avortement, l'erreur a été bien souvent commise, soit par fragments. Boisleux (1) a insisté sur les caractères histologiques de cette caduque, et les modifications de la muqueuse : hypertrophie des cellules épithéliales cylindriques des glandes; hypertrophie des cellules rondes et fusiformes du tissu sous-muqueux, caractérisée par l'augmentation du corps de la cellule, tandis que le noyau reste stationnaire.

On a discuté l'existence de la caduque. Martin la croit constante. Et les ouvrages classiques aussi bien que les thèses ont signalé dès longtemps dans l'hématocèle : l'augmentation de l'utérus, la perte à un moment donné d'une membrane. Ces faits, inexpliqués alors, se comprennent très bien par l'existence d'une grossesse ectopique.

III. — Anatomie pathologique de la trompe gravide.

Abordons maintenant l'étude des phénomènes qui vont conduire rapidement la grossesse tubaire à sa perte.

Au début, l'œuf fécondé paraît trouver dans la trompe des conditions à peu près analogues à celles de l'utérus, suffisantes en tous cas pour qu'il puisse s'en accommoder et commencer son développement. Mais bientôt la situation s'aggrave et pour cause. Comme le dit Pilliet, « la trompe est une portion des canaux de Müller assez différenciée chez la femme pour que la greffe ovulaire et la placen-

(1) Boisleux. *Ann. Soc. obstétric. de France*, 22 avril 1892.

tation y soient devenues difficiles, et pour ainsi dire hors nature, puisque ces actes se doivent passer dans le corps utérin muni des plexus vasculaires suffisants pour l'alimentation du placenta, et des plexus musculaires nécessaires pour l'expulsion du fœtus à terme, et que la trompe ne possède à un degré suffisant, ni ces vaisseaux, ni ces muscles ». L'évolution de l'œuf fécondé va donc rencontrer de nombreux obstacles.

Et d'abord « le fœtus ne trouve pas à vivre dans la trompe dont les vaisseaux ne sont pas disposés en sinus profonds et prêts à recevoir les radicelles de l'ecto-placenta ». Nous avions déjà au début de ce chapitre insisté sur ce point. Aussi l'embryon est-il ordinairement petit, et souvent disparaît-il tout à fait. Le plus souvent, il meurt assez vite. Le placenta, malgré Tait et Gubbl ne continue pas à vivre; il s'atrophie au contraire; « les villosités placentaires s'atrophient; leurs arborisations diminuent, leur axe reste grêle. La plupart subissent la transformation fibreuse, d'autres une transformation myxomateuse qui les fait ressembler aux vésicules hydropiques des môles hydatiformes de l'utérus. »

A mesure qu'elles s'atrophient, les vaisseaux maternels qu'elles avaient perforé se débouchent et à chaque poussée congestive soit menstruelle, soit fonctionnelle de l'utérus et de la trompe, il se fait une hémorrhagie en nappe entre le placenta et la paroi tubaire. Ces hémorrhagies interstitielles, qui se traduisent par une crise douloureuse accompagnée ou non de pertes, surviennent au moment des règles ou à la suite du coït; et les auteurs avaient signalé sans en pénétrer le mécanisme, l'influence de ces diverses causes fluxionnaires.

L'abondance variable de l'hémorrhagie, et l'évolution du placenta vont nous conduire à trois terminaisons différentes : l'hématosalpinx, l'avortement, la rupture tubaire.

A. **Hématosalpinx**. — Si l'hémorrhagie est assez minime, elle reste limitée à l'intérieur du sac; peu à peu l'œuf mort va disparaître avec ses annexes. Et il sera difficile de reconnaître à l'intérieur de la trompe les vestiges de la grossesse tubaire. Tantôt le fœtus existe encore mal développé, tantôt le placenta très réduit ou un débris du cordon pourront encore être distingués; tantôt le caillot intra-tubaire viendra seul par son examen témoigner de la réalité du fait. Pilliet (1)

(1) PILLIET, in thèse de BINAUD. *Loc. citato.*

a bien étudié les caractères de ce caillot : « Quand le fœtus a disparu, la cavité amniotique peut persister sous la forme d'une fente allongée à parois lisses, avec ou sans liquide, occupant le centre d'un caillot volumineux qu'il faut sectionner méthodiquement pour la trouver. C'est qu'alors les ramifications des villosités ont disparu, que leur transformation fibreuse est très accentuée et que les lacs sanguins, débarrassés des cotylédons placentaires qui les obstruaient, ont donné lieu, chacun à leur tour, à des hémorrhagies successives qui les ont fusionnés entre eux et qui ont interposé un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et la paroi de la trompe. »

A un degré plus avancé encore, la poche sanguine est très réduite de volume ; il n'existe plus de cavité amniotique, les villosités sont de plus en plus rares et difficiles à retrouver dans le caillot. Il faut parfois un grand nombre de coupes patientes pour arriver à en découvrir un vestige. Nous devons à l'obligeance de MM. Hartmann et Pilliet deux types très nets et opposés que nous avons fait représenter, un à villosités abondantes, l'autre à villosités rares. Il ne reste plus qu'un caillot rouillé, en partie décoloré ; « celui-ci subit au voisinage de la paroi un commencement de régression que caractérise l'infiltration du tissu conjonctif intermusculaire et superficiel par un grand nombre de cellules migratrices chargées de débris d'hémoglobine et de pigment sanguin ».

« Enfin, on peut retrouver comme reliquat de grossesse tubaire un mince caillot pariétal adhérent, ne contenant plus de villosités et dont l'origine ne pourra être soupçonnée que pour deux raisons : dénudation de la muqueuse à son niveau et présence de ces cellules migratrices pigmentées dont nous venons de parler. » Orthmann (1) avait insisté sur la valeur du caillot dur et organisé.

Quel temps le fœtus, le placenta et les villosités mettent-ils à disparaître? Gauthier a essayé, d'après ses observations, de le déterminer sans pouvoir y parvenir même d'une façon approximative. « On sait seulement que vers la dixième semaine, le fœtus est assez bien développé pour que le squelette reste là, attestant la nature et l'origine de l'hématome de la trompe ou de l'hématocèle pelvienne. »

Quel est le vestige le plus souvent retrouvé lors des examens pratiqués après autopsie ou ablation des pièces? Binaud, dans sa thèse, a rassemblé 72 observations de grossesses tubaires rompues ou non.

(1) Orthman. *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, XX, 1891.

et il a noté sur ces 72 cas, 38 fois la présence de débris fœtaux, 8 fois celle du placenta, 13 fois celle des villosités choriales; soit 63.3 0/0 pour le fœtus; 13 0/0 pour le placenta et 21 0/0 pour les villosités.

Nos relevés personnels portent sur 249 cas; 115 fois seulement, la présence de vestiges étaient indiquée; il n'en était pas fait mention dans les autres. On a trouvé 43 fois le fœtus, 14 fois le placenta, 11 fois les deux réunis, 15 fois un œuf complet; 2 fois des traces de cordon ombilical; 30 fois des villosités; 3 fois un simple caillot adhérent; 3 examens négatifs ont été pratiqués. Soit, au pourcentage: 60.9 pour le fœtus; 34,7 pour le placenta; 26 pour les villosités, ce qui concorde d'une façon relativement ferme avec les chiffres de Binaud.

B. **Avortement tubaire**. — C'est Bland Sutton qui l'a bien étudié le premier.

Lorsque la trompe est distendue par une quantité suffisante de sang, celui-ci peut, sous l'influence des contractions musculaires de l'oviducte, s'écouler soit dans la cavité abdominale, soit dans l'utérus, entraînant ou non avec lui l'œuf expulsé en masse, sans qu'il y ait rupture de la trompe elle-même.

On a distingué deux degrés : l'hémorrhagie provenant de la trompe gravide et qui ne s'accompagne pas de l'issue de l'embryon hors de la trompe est l'avortement tubaire incomplet. L'avortement complet comprend, au contraire, l'expulsion de l'œuf en masse, accompagné d'épanchement sanguin.

L'œuf ainsi chassé se présente sous forme d'un corps rond, d'un caillot dont il a la forme et la consistance : d'une môle charnue.

Bland Sutton (1) a insisté sur les différences qui permettent de distinguer les môles tubaires des môles utérines. Dans les premières, sphériques d'abord comme les secondes, puis ovoïdes, la cavité amniotique, au lieu d'être centrale, est excentrique, de sorte que l'amnios se rompt plus facilement et que l'embryon s'échappe; c'est pour cela qu'on le retrouve difficilement après l'opération. Si l'œuf est mort depuis quelque temps, il devient dur, lamelleux, stratifié, et souvent on ne peut le reconnaître que par la recherche microscopique des caractères que nous avons précisés, d'après Pilliet, au paragraphe précédent. Il peut varier de volume, depuis celui d'une

(1) *British med. J.*, 12 novembre 1893.

noisette jusqu'à celui d'un gros œuf. On comprend que dans ces conditions diverses, il puisse échapper aux recherches, pris pour un vulgaire caillot, ou, au contraire, dans les cas plus rares d'avortement utérin, simuler une vraie fausse couche.

Étudions d'abord l'avortement abdominal. Il serait très fréquent pour certains auteurs. Martin (1), pour qui l'œuf se développe 49 fois sur 55, soit 89 p. 100 dans le pavillon, admet que l'avortement tubaire par l'orifice abdominal est extrêmement fréquent. Il l'a vu 15 fois dans le premier mois, 13 dans le deuxième, 11 dans le troisième, 7 dans le quatrième, 4 dans le cinquième, 2 dans le sixième, 1 dans le septième, 2 dans le huitième, 1 dans le neuvième. Pour lui, l'avortement provient de la croissance inégale de l'œuf et de la trompe. Nous avons vu qu'on a pu mieux préciser ce mécanisme. Pourquoi cette fréquence si prononcée dans les premiers mois ? Elle est due aux rapports mieux établis et à l'union très peu intime de l'œuf et de la muqueuse; les villosités choriales en sont encore à leur premier stade de développement, et l'œuf peut être détaché facilement sous l'influence du moindre raptus sanguin ou d'un léger trauma. Puis l'orifice abdominal est encore ouvert et l'ovule peut s'y engager, avec d'autant plus de facilité qu'il siège plus près de l'orifice. Après la huitième semaine, le pavillon est fermé, l'œuf prisonnier ne peut s'échapper que par rupture; aussi voyons-nous d'une part le nombre des avortements tomber de 15 à 11, et, d'autre part, les ruptures de la trompe se produire le plus souvent entre deux et trois mois. Comment expliquer cependant la possibilité d'avortements tubo-abdominaux à des stades plus avancés? Peut-être faut-il en voir la cause dans ce fait, émis par Bland Sutton, que lorsque l'œuf siège dans l'ampoule même, l'ouverture de la trompe ne se ferme pas.

L'accident s'accompagne toujours d'hémorrhagie, que l'avortement soit complet ou non.

Le plus souvent, comme l'œuf adhère encore à la trompe, le sang passe entre lui et la paroi, sans que la môle passe dans la cavité abdominale. L'hémorrhagie est alors plus abondante et peut surtout se répéter.

Bland Sutton a insisté comme il convient sur ces hémorrhagies répétées, qui « se montrent quand l'œuf est trop grand pour passer

(1) MARTIN. *Centr. f. Gynæk.*, 1892, n° 39.

dans l'orifice; la trompe délabrée ressemble alors à une amphore sans anses, et l'œuf, bien que libre de se mouvoir dans la cavité de l'oviducte, est aussi sûrement emprisonné qu'un pois dans le sifflet des enfants. La môle reste unie par une portion de sa circonférence à la trompe ». Parfois l'œuf étranglé au niveau du pavillon fait en partie saillie dans la cavité abdominale (1). L'hémorrhagie se fait alors par crises successives; elle peut être au moins aussi abondante que dans les cas de rupture. Cette récurrence des hémorrhagies, traduite par des poussées douloureuses, serait pour certains un signe diagnostique précieux de l'avortement tubaire.

Quelle est la fin habituelle de cet accident? Elle varie avec son intensité. La mort peut arriver rapidement par anémie aiguë; nous n'en avons pas trouvé de cas. Plus souvent peut-être, le sang s'accumule dans le Douglas, s'enkyste en une tumeur qui augmente à chaque crise et conduit à l'hématocèle par une terminaison relativement favorable.

Gauthier, dans sa thèse, a rapporté 7 observations d'avortements tubaires. Nous les résumons ici :

La première, citée par MURET (*Zeits. f. Geb. med. Gynæk.*, 1893, p. 23), parle d'une femme de 37 ans; 8 couches et 4 fausses couches; pertes abondantes avec expulsion de débris, le 27 juillet 1891. Le 4 août, crise à minuit, en allant à la selle; utérus un peu gros; épaississement du ligament large gauche; rien dans le Douglas; pouls petit et fréquent.

Le 7, rejet d'une caduque utérine.

Le 12, examen sous le chloroforme : cancer du col utérin; dans le Douglas, tumeur élastique à laquelle adhère la trompe droite augmentée de volume.

Diagnostic : rupture de grossesse tubaire droite.

Le 31 octobre, opération par Freund; laparotomie, extirpation de la trompe droite, longue de 3 centim., renflée en son milieu, sans déchirure, avec son orifice abdominal ouvert. Hystérectomie totale. Guérison opératoire.

La deuxième (WESTERMARK. *Centr. f. Gynæk.*, 1885, p. 1654) se rapporte à une femme de 23 ans; en décembre 1883, aménorrhée : en août 1884, pertes, douleurs. Le 25 mars, tumeur élastique à gauche : utérus gros.

Le 19 mai, laparotomie; trompe gauche dilatée, non rompue : la cavité de l'œuf communique avec le péritoine par l'extrémité frangée. Guérison.

(1) GAUTIER Th. Paris, 1893.

La troisième (MURET. *Zeits. f. Geb. u. Gynæk.*, 1893, p. 123) a trait à une femme de 25 ans, dernières règles en mai 1892 ; le 3 juillet, crise douloureuse à droite, syncope ; le 7 et le 11, nouveaux accès ; le 14, hémorrhagie légère, vertiges et nausées, avec expulsion de caduque ; tumeur dans le Douglas. Le 20 août, nouvelle crise. Laparotomie : trompe droite normale dans ses deux tiers internes, dilatée en ampoule sous le pavillon, semblable avec ses franges « à une tulipe supportée par son pédoncule ». A l'intérieur, caillot qui fait saillie comme un polype par l'orifice de la trompe. Villosités choriales.

Dans la quatrième (ZWEIFEL. *Arch. f. Gynæk.* Bd. XII) il s'agit d'une femme de 29 ans, retard de 14 jours ; le 19 mai 1890, pertes, crise, syncope. L'hémorrhagie persiste jusqu'au 6 juin. Tumeur dans le Douglas ; on ne peut sentir ni l'utérus, ni les trompes, confondus dans la masse.

Le 14, élytrotomie au thermocautère ; mort le 23. A l'autopsie, trompe gauche dilatée en œuf de poule à son extrémité externe, avec masse spongieuse et cavité irrégulière pourvue de villosités.

Dans la cinquième (ORTHMANN. *Centr. f. Gynæk.*, 1850, p. 244) l'auteur s'occupe d'une femme de 33 ans, IVpare ; le 21 décembre 1885, pertes et douleur à gauche.

Le 21 janvier, syncope ; tumeur tubo-ovarienne gauche du volume d'une petite pomme. Laparotomie le 1er février : trompe gauche dilatée dans son tiers externe, d'où s'échappe un caillot ferme gros comme un petit œuf de poule. Villosités choriales et caduque. Guérison.

Dans la sixième (ROBBES. *Centralb. für Gynæk.*, 1852, p. 813), une femme bien réglée habituellement, ne voit pas un mois ; 17 jours après, crise, défaillance, malaise, vomissements. Le lendemain, plusieurs crises nouvelles. Masse du volume d'un œuf de poule au niveau de la trompe gauche. Laparotomie : sac fœtal dans la terminaison des franges de la trompe, par l'orifice abdominal de laquelle s'est faite l'hémorrhagie. Guérison.

La septième (ORTHMANN. *Zeits. f. Geb. u. Gynæk.*, 1890, vol. XX, p. 143) a trait à une femme de 35 ans, IIIpare. Le 15 mars 1888, perte abondante jusqu'au 5 mai. Dans le Douglas et refoulant l'utérus en haut et en avant, tumeur, grosse, molle, pulsatile. Laparotomie le 9 mai. Extirpation de l'ovaire et de la trompe droits. La trompe, grosse comme une pomme, a son extrémité abdominale largement ouverte, par où sort un caillot adhérent au centre du sac.

Nous avons pu rassembler nous-même les cas suivants, dont la relation est malheureusement trop brève :

Dans la huitième (Brose. *Soc. Obstetric. de Berlin*, 8 mars 1889), parle d'une laparotomie pour grossesse tubaire gauche et hématosalpingite droite ; le sang remplissait le péritoine ; la trompe gauche n'était cependant pas rompue.

Dans la neuvième (Taylor. *British medical*, 16 avril 1892), encore une laparotomie pour une grossesse tubaire ; hémorrhagie pelvienne sans rupture de la trompe.

Dans la dixième (Wallace. *British medical*, 16 avril 1892), parle d'une laparotomie pour grossesse tubaire ; le fœtus était en partie dans le pavillon et en partie entre la trompe et l'ovaire.

Dans la onzième (Burford *British medical*, 26 novembre 1892) rapporte l'histoire d'une grossesse tubaire gauche avec avortement par le pavillon ; laparotomie, guérison ; le sac contenait le placenta ramolli ; le fœtus était dans un sac adventice formé par les anses intestinales agglutinées.

La douzième (Mackenrodt. *Centr. f. Gynæk.*, 1853, n° 22), a trait à une laparotomie pour grossesse tubaire gauche non rompue, avec épanchement sanguin dans le péritoine.

Dans la treizième (Meek. *Americ. Journ. of obst.*, janvier 1894, p. 84) a vu une femme de 38 ans, X pare, dont 3 fausses couches, la dernière. il y a 3 mois, en septembre 1892. En avril 1893, les règles viennent un jour ; en mai, elles manquent. Tous les signes de la grossesse. Le 1er juin, crise, syncope. Le 9, en mettant des rideaux aux fenêtres, deuxième crise. Le 12, perte abondante, expulsion d'une caduque.

Elle garde le lit pendant trois semaines, avec des signes de péritonite grave, et des pertes d'un sang noir, fétide, à odeur lochiale. A l'examen, tumeur dans la région hypogastrique, allant du pubis jusqu'à moitié chemin de l'ombilic, occupant le côté gauche et dépassant la ligne médiane. En saisissant la tumeur, on avait la sensation bien nette des contractions intermittentes, semblables à celles d'un utérus gravide. Seins augmentés de volume, avec colostrum.

Diagnostic : grossesse tubaire gauche ou dans un utérus bicorne.

Le 21 septembre, laparotomie à adhérences ; petits caillots entre la vessie et la tumeur. Tumeur formée par la trompe gauche dilatée contenant un placenta sans fœtus. Meek admet que le fœtus a été expulsé par l'orifice tubaire et digéré dans le péritoine, tandis que la trompe s'est laissée distendre par une nouvelle hémorrhagie.

Dans la quatorzième, Lawson Tait cite, d'après *The London and Edinb. Monthly Journal* (1841), un cas de grossesse ectopique où la trompe dilatée contenait des caillots sortant pas le pavillon.

Dans la quinzième, SCANZONI (*Edit. franç.* 1858, p. 312) parle d'une femme de 22 ans, qui mourut subitement au cours d'une rougeole. La trompe gauche distendue, contenait 60 gr. de sang coagulé, communiquant, par l'orifice abdominal, avec un épanchement de 500 gr. dans le bassin.

Citons enfin les cas de Zweifel, de Veit et de Tuttle, tous exemples typiques d'avortement tubo-abdominal.

L'avortement tubo-utérin est moins connu et moins fréquent. Il exige que l'œuf se développe dans le tiers interne de la trompe, ou en tous cas plus loin du pavillon que de l'ostium uterinum, ce qui est rare. D'autre part, on a dû le plus souvent, confondre l'avortement tubo-utérin complet avec une fausse couche.

Pilliet (1) en a cité deux cas :

I. — Femme de 30 ans, IIpare ; en août 1893, dysménorrhée ; puis aménorrhée ; se croit enceinte ; en septembre, pertes abondantes, parmi lesquelles une masse charnue du volume d'une mandarine. Entre chez le professeur Tillaux, le 11 octobre 1893, avec des douleurs à droite et une tumeur à gauche ; un deuxième examen montre, le 22 novembre, que la masse gauche a diminué, tandis qu'une petite tumeur existe à droite.

Laparotomie le 7 décembre, guérison : A l'examen des pièces enlevées, on voit la trompe et l'ovaire droits formant une masse unique, cloisonnant un caillot dont le centre renferme une cavité amniotique, lisse, avec un liquide clair, sans fœtus. L'avortement s'était produit au moment où la malade a perdu le caillot charnue.

II. — Femme de 23 ans, Ipare. En août 1893, pertes ; en septembre, rejet de caillot et de membranes ; entre à l'hôpital, le 28 novembre ; utérus plus gros ; à droite, tumeur mobile, dure. Le 19 décembre, laparotomie, ablation des annexes droites ; guérison.

La trompe renfermait un caillot adhérent, pédiculé, du volume d'une noisette, avec des villosités placentaires grêles, sans arborisations latérales. Pas de cavité amniotique. L'œuf a dû être expulsé au moment de l'avortement.

A propos de ces deux observations, Pilliet insiste encore sur les poussées congestives menstruelles ou accidentelles qui amènent les hémorrhagies à répétition avec d'autant plus de facilité, que le placenta est expulsé lambeau par lambeau.

(1) PILLIET. *Progrès médical,* 7 avril 1894.

C. **Rupture tubaire.** — La trompe gravide se rompt presque toujours; toujours pour beaucoup d'auteurs, Goupil en particulier. Lugeol (1) a cependant pu rassembler 26 cas de grossesse ectopique ayant évolué dans la trompe jusqu'à une époque voisine du terme, ou jusqu'au terme même. Maygrier (2) dans sa thèse d'agrégation avait cité les cas de Saxtorph, Spigelberg et Litzmann; Tuttle plus tard en rassemble 12 cas avérés; Lugeol, à son tour, cite une observation personnelle, à laquelle il joint celles de Eastman, Porak, Matlakowski (2), Volgt (2), Doléris, Cullingworth, Chiari et un cas présenté à la *Société obstétricale de Berlin* en 1886. Mais ce sont là de fort rares exceptions.

Ordinairement la trompe se rompt de la quatrième à la douzième semaine. Hecker, sur 45 cas, l'a vu survenir : 26 fois dans les deux premiers mois; 11 fois dans le troisième; 7 fois dans le quatrième et une fois au cinquième. Duncan (3) affirme que toutes les grossesses tubaires se rompent avant la douzième semaine.

Pourquoi cette rupture inévitable? Il était naturel d'en chercher d'abord la cause dans la surdistension de la trompe; c'est l'avis de Martin pour qui la musculeuse au lieu de s'épaissir, se laisse érailler et s'amincit. Kaltenbach et Delbet, à la suite de leurs expériences, invoquent la surdistension et l'ulcération de la paroi. Ces motifs ne sauraient nous expliquer ce fait que la trompe se rompt toujours à un point fixe : là où s'incise le placenta (L. Tait). C'est donc dans l'évolution de ce dernier que nous devons rechercher la cause vraie de l'accident.

L. Tait (4) avait bien vu cette particularité. « La cause de la rupture primitive de la trompe est principalement son amincissement à l'endroit du placenta. Quand elle est distendue par la grossesse ou un autre motif, les parois de la trompe ne peuvent matériellement s'épaissir. La grossesse tubaire n'offre pas l'hypertrophie des tuniques musculaires de l'utérus. Les villosités placentaires s'insinuent dans la paroi tubaire et semblent même la pénétrer complètement; les vaisseaux augmentent énormément, surtout les sinus. Survienne un léger effort, une courbette, un travail de ménage, une violente

(1) LUGEOL. *Nouv. Arch. d'obs. et de gyn.*, janvier 1893, p. 45.
(2) MAYGRIER. Thèse agrégation, Paris, 1886.
(3) DUNCAN. *The Lancet*, 1890.
(4) L. TAIT. *Lectures on ectopic pregnancy*, p. 19.

crise douloureuse se produit alors, la malade tombe froide, col lapsee et meurt le plus souvent, si on n'intervient pas ».

A l'appui de ces lignes, il reproduit page 14, un dessin de Teichmann et de Berry Hart, montrant les villosités placentaires « usurpant » les parois musculaires de la trompe et les taraudant peu à peu.

Pilliet (1), à son tour, insiste sur le processus : « dans le point où se fait la greffe (de l'œuf), les vrilles de l'ecto-placenta détruisent les franges de la trompe. Elles les corrodent et pénètrent dans le chorion à la recherche des vaisseaux maternels. Elles ne peuvent rencontrer les sinus qui n'existent que dans l'utérus, mais pourtant les vaisseaux de la trompe subissent une dilatation considérable au voisinage du point atteint. C'est ce qui explique la présence des plexus veineux de la trompe si dilatés dans ces cas... Les franges étant détruites et le chorion remplacé par les villosités de l'ecto-placenta, la trompe se trouve fatalement très amincie au point de la greffe, en même temps que ses muscles vont s'hypertrophier sur tous les autres points pour chasser cette greffe qui agit comme corps étranger. Joignez-y les lésions inflammatoires initiales, d'après la théorie de Tait, et, en tous cas très fréquentes, l'hypertrophie des franges, la soudure du pavillon, la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire, les adhérences péritonéales, et vous aurez le tableau général de la grossesse tubaire... Les villosités placentaires s'atrophient bientôt; les vaisseaux maternels qu'elles avaient perforés se débouchent, et à chaque poussée congestive soit menstruelle, soit fonctionnelle de l'utérus et de la trompe, il se fait une hémorrhagie en nappe de la paroi tubaire; trop souvent, à la première ou à la dixième de ces poussées, à l'occasion d'une promenade à cheval ou d'un tour de valse, la trompe cède, l'hémorrhagie se répand dans le péritoine... »

Ajoutons qu'au niveau de l'insertion placentaire, ainsi que nous l'avons vu plus haut, les faisceaux musculaires se font plus rares et moins serrés, de sorte que la paroi n'est plus alors formée que d'une couche conjonctive, qui peut même devenir homogène avec quelques noyaux plus ou moins atrophiés. Comme en cet endroit là, le tissu cellulaire sous-épithélial finit par disparaître lui aussi presque complètement, on voit que tout est près pour la rupture de la trompe.

Les faits avancés par L. Tait paraissent bien séduisants; on leur a

(1) Pilliet. *Progrès médical*, octobre 1893.

cependant objecté que le placenta ne pouvait jouer un rôle très important dans la rupture, parce que au moment où cette dernière se produisait, il n'existait pas encore à proprement parler, puisqu'il apparaît seulement au troisième mois; tandis que la rupture a lieu dans le cours du second, le plus souvent.

A cela, nous répondrons, avec Gauthier, que les villosités choriales commencent, dès le premier mois, leur action térébrante et que dès la sixième semaine, elles sont suffisamment concentrées en un point pour indiquer déjà le futur placenta.

D'ailleurs à l'action propre des villosités rongeuses, s'ajouterait une autre cause de rupture, c'est que « la partie de la paroi tubaire à laquelle le placenta est fixé, se trouve immobilisée par suite de son adhérence avec le placenta », incapable de se distendre. Il en résulte que le sac, par son développement, tiraille justement les parties amincies, où se fait la rupture.

Est-ce là le seul mode de la grossesse tubaire avant la rupture? Non. Pilliet (*loco citato*) décrit aussi une grossesse tubaire dite *intra-pariétale*; dans ce cas, les franges de la trompe se sont soudées au-dessus de l'œuf, fidèles à ce processus de soudure décrit par Cornil dans la salpingite catarrhale. L'œuf est donc enkysté; « quand les villosités choriales ont détruit le revêtement muqueux de la niche ainsi formée, la grossesse tubaire devient véritablement intra-pariétale, les épanchements sanguins successifs sont alors interstitiels et constituent le gâteau de l'hématocèle interstitielle, variété rare, ainsi bien expliquée.

Quoi qu'il en soit, voici la rupture produite. Quels sont ses caractères?

Elle est de dimensions très variables. Parfois elle atteint à peine le volume d'une *tête d'épingle* ou d'un *grain de blé* (obs. de Köner et de Bianchi, déjà citées) et cependant elle suffit à permettre une hémorrhagie mortelle. On comprend que dans certains cas, ces faibles dimensions l'aient fait méconnaître. Plus souvent, elle varie de 1 à 2 centim., en général ne dépassant pas 3 centim.; sauf dans les cas de grossesse interstitielle, où elle est habituellement plus étendue.

Unique le plus souvent, elle peut rarement être double (obs. de Köner) et même multiple. Parfois la trompe se laisse érailler à des dates variables; parfois la déchirure est prononcée, à bords irré-

guliers, déchiquetés et il n'est pas rare alors de voir le contenu de la trompe faire hernie par la brèche béante.

Sa direction est presque toujours transversale, dirigée en arrière et en bas, mais elle peut être plus longue et oblique.

La rupture faite, que va-t-il se passer ?

Les conditions varient avec : 1° le siège et l'abondance de l'hémorrhagie; 2° le siège de la déchirure ; 3° l'état du péritoine voisin.

a) Les premiers raptus hémorrhagiques peuvent seulement érailler la trompe, sans la faire éclater, et l'hémorrhagie être alors assez minime pour permettre à une réaction péritonéale de l'enkyster et de lui élever une barrière de fausses membranes. Souvent d'ailleurs, une deuxième poussée n'en laisse pas le temps ; la trompe se rompt alors et l'hémorrhagie devient libre soit dans le péritoine, soit entre les feuillets du ligament large.

Un point à considérer ici est la façon dont se comporte le placenta. S'il se détache complètement, l'hémorrhagie, très considérable au début, peut cependant s'arrêter et définitivement. Le fait est rare. Pilliet a insisté, en effet, sur le morcellement du placenta qui s'effectue lambeau par lambeau, amenant à chaque fois une hémorrhagie nouvelle, le fragment débouchant de nouveaux tissus. Il semble que les choses se passent ici comme dans l'utérus. Nous avons, d'ailleurs, vu plus haut avec Bland Sutton, que dans l'avortement tubo-abdominal, les hémorrhagies récurrentes provenaient aussi du détachement incomplet de l'œuf.

La source exacte de l'hémorrhagie a été discutée. Hegar (1) prétend que ce n'est pas toujours la rupture de la trompe qui produit l'hémorrhagie, mais bien celle des brides et néomembranes péritubaires, distendues par l'accroissement de l'œuf. C'est au moins ce qu'il a vu dans un cas où la malade mourut après laparotomie d'une hémorrhagie secondaire, provenant de ces brides.

Veit (2), au contraire, prétend que le sang ne vient ni des adhérences voisines ni des artères ovarienne ou utérine, mais du sac fœtal ou du placenta. La contraction de la trompe ne saurait ici arrêter l'hémorrhagie comme dans les avortements utérins (la tunique musculaire est trop peu développée et son action augmenterait plutôt la béance de la brèche). L'hémorrhagie peut être très

(1) Hegar. *Soc. obst. Berlin*, 14 décembre 1888.
(2) Veit. *Samml. klinisch. Vorträge*, n° 15, 1891.

considérable, malgré la petitesse du foyer; elle se prolonge longtemps et recommence à plusieurs reprises; nous en avons vu les causes. Si la rupture a lieu aux premiers jours de la grossesse tubaire, les vaisseaux sont moins développés, et l'épanchement moins abondant. Les vaisseaux eux-mêmes ne peuvent se contracter pour tarir l'hémorrhagie ; les sinus vasculaires sont peu riches en vaisseaux. Nous avons déjà indiqué comment les artères elles-mêmes se trouvaient au niveau de la sérotine réduites comme parois à un simple revêtement endothélial.

De toutes ces conditions, il résulte que l'hémorrhagie se produit presque fatalement à la suite de la rupture et n'a aucune tendance à la stase spontanée, au moins dans les conditions qu'elle trouve à son origine même. Nous verrons que l'état du péritoine et le siège de l'épanchement dans le ligament large peuvent, au contraire, exercer une grande influence.

L'hémorrhagie se produit-elle toujours? Non. Il existe des cas très rares de rupture qui n'ont pas été suivis d'une hémorrhagie fatale, et dans lesquels la grossesse a pu continuer à se développer jusqu'à une époque plus ou moins rapprochée du terme.

Taylor (1) a vu une grossesse tubaire poursuivre, après rupture, son cours jusqu'au quatrième mois.

Pinard (2) a publié deux cas semblables, que nous voulons rapporter intégralement, le premier au moins.

I. — Femme, âgée de 38 ans, multipare, entrée à la clinique Baudelocque, le 15 janvier 1891. Cette femme a eu deux accouchements spontanés et à terme, le dernier il y a huit ans. Les suites de couches ont été normales, et la menstruation a, depuis cette époque, toujours été régulière, jusqu'au mois de mars 1890.

A la fin du mois de mars, elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre, douleurs persistant pendant le mois d'avril, mais ne l'empêchant pas, toutefois, de vaquer à ses occupations. Le 15 mai, brusquement, à 2 heures de l'après-midi, elle est prise d'une douleur violente, qui lui arrache des cris, et la rend incapable de tout mouvement. Elle ne perd pas cependant connaissance. Cinq ou six de ces accès se reproduisent, dit-elle, dans le mois de mai. On crut alors à une péritonite causée par une tumeur, et elle entra

(1) TAYLOR. *British medical*, 1852, 16 avril.
(2) PINARD. *Annal. de gynécol.*, septembre 1891, p. 191.

dans un service de chirurgie, où le chef de clinique ne voulut pas pratiquer la laparotomie en raison du mauvais état général de cette femme.

Rentrée chez elle, son état s'améliore et le 25 août, elle perçut nettement les mouvements de son enfant, ce qui l'étonna beaucoup, car jusque-là, ni les médecins qui l'avaient examinée, ni elle-même, n'avaient pensé à une grossesse.

Quoiqu'elle fût obligée de garder le lit, son état général se modifia heureusement pendant les mois de septembre et d'octobre. Le 15 octobre, elle perçut les mouvements de son enfant pour la dernière fois, et aussitôt les phénomènes douloureux et réactionnels disparurent, et cette femme put alors quitter le lit et vivre de la vie ordinaire. Il n'y eut pas de faux travail, pas de montée laiteuse, pas d'hémorrhagie.

Le 25 janvier, cette femme vint à notre consultation afin de savoir quand elle accoucherait, et si on ne devait pas lui enlever la tumeur dont on lui avait parlé, avant ou après l'accouchement. Le Dr Potocki, chef de clinique, qui l'examina tout d'abord, n'hésita pas à porter le diagnostic de grossesse extra-utérine et le professeur Pinard confirma ce diagnostic le lendemain. En effet, le ventre de cette femme était développé, comme il l'est généralement à six mois de grossesse, mais il présentait un aspect irrégulier. La palpation permettait de reconnaître une tumeur très mobile, placée en diagonale de haut en bas, et de gauche à droite. De plus, on percevait en un point de cette tumeur une crépitation osseuse manifeste. Une autre tumeur placée sur la ligne médiane et s'élevant à quelques centimètres au-dessus de la symphyse était immobile. L'auscultation était négative.

Le toucher fit rencontrer le col en avant, derrière la symphyse, et en combinant le toucher au palper, il fut facile de reconnaître que la tumeur inférieure et médiane était constituée par l'utérus. Le cathétérisme de cet organe montra qu'il était vide et mesurait 9 centim. 5.

Si le diagnostic de grossesse extra-utérine était relativement facile, un fait, cependant, préoccupait le Dr Pinard, c'était la mobilité de la tumeur supérieure, circonstance qui ne se rencontre guère dans le cas de kyste fœtal. Aussi se proposa-t-il d'explorer la cavité abdominale avant de suturer le kyste, en pratiquant la laparotomie.

Pendant qu'on aseptisait cette femme, elle eut ses règles, qui commencèrent le 23 janvier, c'est-à-dire trois mois après la mort de l'enfant. Ces règles durèrent trois jours et déterminèrent pendant ce temps un état fébrile, la température monta à 38°,8.

Pour ces raisons, cette femme ne fut opérée que le 4 février, avec

l'assistance du Dr Segond. M. Pinard pratiqua une incision sur la ligne médiane et allant de l'ombilic à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, car la vessie remontait assez haut. Le péritoine était extrêmement épaissi et vasculaire. Dès que ce dernier fut incisé, la tête du fœtus apparut libre au milieu des anses intestinales. La main introduite permet de constater que le fœtus est libre et à nu dans la cavité abdominale, et qu'il n'y a d'adhérences qu'avec des tractus membraneux qui vont se perdre dans l'excavation. Ces tractus s'insèrent sur la tête, la jambe et le pied gauches. On procède avec lenteur à l'extraction, en détruisant facilement les adhérences, sans produire aucune hémorrhagie. Le fœtus pesant 580 gr., n'était plus relié au placenta par le cordon. Ce dernier avait disparu.

La main réintroduite alla à la recherche soit du kyste fœtal, soit du placenta, mais ne rencontra qu'une masse considérable, remplissant toute la partie gauche de l'excavation. Cette masse placentaire pesant 450 gr. fut enlevée avec la main sans produire d'hémorrhagie.

Quelques ligatures furent appliquées sur de minces pédicules membraneux ; la cavité pelvienne fut nettoyée avec des éponges. De la gaze iodoformée fut introduite jusqu'au fond du bassin, la plaie abdominale fut suturée dans ses deux tiers supérieurs et un pansement compressif fut appliqué.

L'opération dura 40 minutes. Les suites opératoires furent des plus simples. Un seul jour, le troisième, la température atteignit 38°. La gaze iodoformée fut retirée le 11 février, c'est-à-dire le sixième jour après l'opération, et remplacée par un petit tube à drainage, et le 28 février, 24 jours après l'opération, la cicatrisation était complète, et la femme se levait.

Le 14 mars, jour de son départ, on constatait qu'il n'y avait plus trace d'induration dans le petit bassin.

II (résumée). — Femme de 32 ans, primipare ; dernières règles le 12 mai 1891 ; en juin, pas de règles et signes fonctionnels de grossesse. Le 13 juillet, crise douloureuse très vive, prise pour un commencement d'avortement, accompagnée de pertes et de l'expulsion d'une caduque complète reproduisant à merveille le moule de la cavité utérine. La sage-femme appelée n'avait jamais vu « de délivrance aussi bien formée dans un avortement ». La malade quitte Paris jusqu'au 25 septembre, persuadée de sa fausse couche. Comme les règles ne sont pas venues, elle va consulter de nouveau ; on trouve un utérus gros de trois mois et demi. Le 25 novembre, crise terrible, douleurs intenses, vomissements, syncope. Morphine. De décembre à février, pertes chocolat. Le 20 avril 1892, laparotomie : kyste fœtal rompu, fœtus à peu près libre dans la cavité abdominale.

Ces deux observations pourraient être discutées cependant. Bien que dans les deux cas, le fœtus ait été trouvé libre au sein des anses intestinales, il n'est pas sûr que la rupture primitive du kyste fœtal tubaire ne se soit faite entre les deux feuillets du ligament large, avec rupture secondaire dans l'abdomen. Dans ce cas, nous verrons que l'hémorrhagie est peu considérable, assez peu pour qu'on puisse n'en pas retrouver de traces appréciables dans une intervention toujours rapide et pratiquée plusieurs mois après.

Lawson Tait (1), cependant, si sévère quant au pronostic des ruptures, a cité lui aussi deux cas où l'hémorrhagie parut être peu considérable au moment de la déchirure, d'abord un fait de Hey de Leeds, puis une observation personnelle.

Femme de 27 ans; nullipare, mariée depuis six ans; bien réglée jusqu'à Noël, sans règles jusqu'en mars, souffrant dans cet intervalle d'une « inflammation abdominale » qui la tint au lit jusqu'en mars. Elle essaie alors de se lever; le lendemain, crise violente qui la remet au lit pour trois semaines, avec une attaque de péritonite aiguë. En avril, on reconnaît une tumeur du côté gauche de l'utérus. D'avril à juillet, douleurs, pertes, amaigrissement. En juillet, laparotomie par L. Tait : anses intestinale adhérentes; poche purulente d'où il retira des fragments placentaires et des os fœtaux. Décollement prudent et ablation de la poche, qui, à la présence des franges du pavillon, montra bien qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire rompue.

Nous rapportons plus loin (obs. 59) un cas de van Heukelam, où l'autopsie fit constater une rupture de la trompe gauche, suivie d'une hémorrhagie insignifiante; il est vrai qu'une récidive dans la trompe droite amena rapidement la mort.

Ce cas, ajoute Tait à la suite de son observation, prouve ce qui n'était pas encore démontré, qu'une rupture intrapéritonéale peut ne pas être fatale au moment où elle se produit, du fait même de l'hémorrhagie.

Il n'en reste pas moins très sûrement établi que la rupture entraîne après elle un épanchement sanguin dont l'évolution variera avec le siège.

b) Trois modes différents peuvent se produire ici, que nous étudierons par ordre de fréquence.

(1) L. TAIT. *Lectures on ectopic, preg.*, p. 49.

1° Le plus rare est celui où la *grossesse tubaire est intrapariétale*, comme l'a montré Pilliet. Il se fait alors une véritable apoplexie interstitielle, le sang s'accumule en gâteau dans l'épaisseur des parois de l'oviducte, constituant l'hématocèle interstitielle, mieux nommée hématome intrapariétal. De pareils faits se rencontrent bien peu.

2° Plus fréquemment, *la rupture se produit entre les deux feuillets du ligament large*, déjà décollés en partie par la distension de la trompe qui efface le mésosalpinx. Le sang dissèque alors le ligament large, mais comme il s'épanche dans une cavité qui n'est pas susceptible de se distendre indéfiniment, l'hémorrhagie s'arrête elle-même par le mécanisme du tamponnement des fosses nasales, c'est-à-dire par contre-pression du sang épanché. C'est l'hématocèle extra-péritonéale, hématome des Allemands (Veit), dont nous ne voulons pas nous occuper ici. Disons seulement combien l'hypothèse d'une grossesse tubaire facilite la compréhension de tous les modes d'hématocèle et permet d'établir entre eux des relations étroites par un lien pathogénique commun.

A la suite de l'hématocèle extra-péritonéale, le kyste continuant à se développer, il peut y avoir rupture secondaire dans le péritoine, et l'hémorrhagie continuant, possibilité de la coexistence des deux variétés extra et intra-péritonéale de l'hématocèle, comme Bernutz et Goupil en ont montré des exemples.

3° *La rupture se fait dans le péritoine*. Deux cas alors peuvent se produire :

Si la séreuse est déjà malade, et si des néomembranes accolent les anses intestinales, le mésentère, l'épiploon aux organes du petit bassin ont fermé ce dernier, constituant ainsi le seul diaphragme pathologique solide et valable en la circonstance, l'hémorrhagie trouve là aussi un foyer limité comme dans les ligaments larges ; elle s'arrête, se solidifie et s'enkyste, constituant l'hématocèle vraie, telle que l'avaient conçue nos auteurs classiques. Ces cas sont relativement bénins.

Mais le plus souvent, le sang ne rencontre pas d'obstacles, et continue à couler sans interruption jusqu'à ce que mort s'ensuive, si on n'intervient pas. Veit a bien montré pourquoi. Le liquide a d'abord très peu de tendance à se coaguler. Si l'on trouve quelques caillots, cela est fréquent, c'est loin du vaisseau rompu, dans quelque

recoin où le sang est relativement en repos, et ce caillot perdu ne pourra venir en aide à l'hémostase spontanée. Au niveau de la rupture elle-même, au contraire, le repos nécessaire à la coagulation n'existe pas; le sang s'épanche dans une cavité tellement grande, qu'il ne rencontre jamais la contre-pression suffisante pour le forcer à rester dans l'intérieur des vaisseaux; on en trouve partout, sous le diaphragme, derrière l'estomac, et l'on comprend que la mort arrive bien avant que l'abdomen soit totalement rempli, surtout l'abdomen relâché des multipares. Celui des vierges lui-même serait susceptible d'une surdistension rapide. Il ne faut donc pas parler de pression abdominale, variable d'ailleurs avec les mouvements du diaphragme et qui peut devenir négative pendant l'expiration.

Ajoutons à cela l'état lisse du péritoine qui est loin de favoriser la coagulation, comme l'ont montré les expériences de Laborde, Veit et Poncet; les mouvements imprimés à la patiente; les soins que l'on prend pour empêcher les syncopes, seul moyen d'hémostase cependant et combien précaire. On comprendra donc que contrairement à l'opinion des anciens auteurs, qui n'avaient vu qu'un côté de la question, et avaient souvent confondu l'hématocèle intrapéritonéale avec la variété sous-séreuse, malgré leur connaissance de ces deux variétés, Lawson Tait, Martin, Veit, regardent l'enkystement comme très rare.

Lawson Tait, très affirmatif, dit jamais. Veit dit quelquefois, mais il admet comme fréquentes les altérations du péritoine, qui, nous l'avons vu plus haut, favorisent l'enkystement. Sur cinq cas observés par lui, où l'hémorrhagie se fit dans une cavité saine, il n'y eut jamais d'enkystement. Il faut pour le produire : 1° un état pathologique antérieur de la séreuse; 2° un écoulement assez lent et à faible pression. Cette condition mérite d'être considérée. Nous avons vu que la rupture était parfois des plus minimes, parfois même une simple éraillure. Et l'on peut admettre qu'en pareil cas, le péritoine, mis en éveil par un léger raptus sanguin, ait le temps, par une réaction prompte, d'organiser une barrière contre l'hémorrhagie future. Car, il ne faut pas perdre de vue que l'épanchement ne se fait pas en une, mais en plusieurs fois, d'autant mieux qu'il a été plus minime d'abord. Nous en avons vu la cause dans le décollement partiel du placenta, et si l'on n'y prend garde, une ou plusieurs crises subséquentes pourront emporter la malade que le premier

ictus avait épargnée. Faute d'opérer entre deux poussées, Lawson Tait perdit une de ses clientes; pareil accident est arrivé à bien d'autres.

Pour montrer la gravité de ces ruptures intrapéritonéales, qu'il nous suffise de citer quelques chiffres :

Puech, cité par Notta (1) et par Price (2), a noté sur 100 cas de grossesse tubaire, 98 ruptures, dont 97 fatales, soit 97 p. 100 de mort.

Brown (3) sur 25 cas a noté 15 morts, soit 62,5 p. 100.

Price lui-même, sur 174 ruptures, accuse 54 morts par anémie aiguë.

Schauta, cité par Martin (4), sur 265 cas abandonnés à eux-mêmes à vu 63,1 p. 100 de mortalité, chiffre égal à celui de Brown.

Nous même, sur 77 faits où l'on n'est pas intervenu, avons noté 11 guérisons et 66 décès rapides, soit 85,8 de mortalité.

Ces formidables pourcentages doivent nous inspirer les plus salutaires réflexions au point de vue thérapeutique, et, comme le voudrait Lawson Tait, nous engager à intervenir plus souvent.

Nous publions ci après les observations que nous avons pu recueillir. Bon nombre d'entre elles sont réduites à quelques lignes ; toutes sont résumées dans leurs traits essentiels. Le temps et la place nous eussent manqué pour les reproduire complètement, ou pour compléter le texte parfois si écourté des journaux français et étrangers où nous les avons puisées.

Obs. 4 (personnelle). — Julie L..., 30 ans, entre à l'hôpital Necker le 3 novembre 1893 pour de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen. Bien réglée d'habitude ; elle a, il y a cinq mois, accouché à terme d'une fille qu'elle nourrit actuellement; elle n'a pas eu encore son retour de couches. Le 1er novembre dernier, sans causes, elle a été prise de douleurs très vives dans le côté droit de l'abdomen, avec vomissements alimentaires et bilieux ; elle s'est alitée, mais l'augmentation croissante de ses douleurs l'ont décidée à venir à Necker.

La malade est pâle, sans forces, le pouls rapide sans être petit : la voix assez forte, la température normale. L'abdomen parait augmenté de volume,

(1) Notta. *Progrès médical*, 1884, p. 196.
(2) Price. *American Journ. of Obstetrics*, décembre 1892, p. 859.
(3) Brown. *Harriman transact.* N.-Y. med. Soc., novembre 1889.
(4) Martin. *C. f. Gyn.*, 1892, n° 29.

tendu, douloureux ; dans la fosse iliaque droite, mate, moins souple et plus sensible au palper, on sent une masse dont les contours diffus se perdent en haut vers l'abdomen, en bas et en dedans vers le petit bassin. Le toucher vaginal, aidé de la palpation bimanuelle, nous montre un utérus un peu gros, porté en haut et à gauche ; le col est fermé ; les culs-de-sac libres et souples ; le doigt vaginal ne constate pas d'écoulement utérin ; le toucher rectal est négatif.

La prédominance de la douleur et des signes objectifs dans la fosse iliaque droite, les vomissements bilieux, l'état négatif en apparence de l'appareil utérin et des culs-de-sac, font porter le diagnostic d'appendicite probable. Glace sur le ventre ; Todd ; morphine ; injections sous-cutanées de caféine et d'éther ; repos absolu.

Le soir, état stationnaire ; T. 37°,3 ; les douleurs paraissent moindres. La malade est plus calme.

Le 4 au matin, la situation s'est aggravée ; nuit mauvaise, les vomissements et les douleurs ont reparu, accompagnés de vertiges, de bourdonnements d'oreilles et d'ébauches de syncope ; la face est pâle et les téguments décolorés. Le toucher vaginal pratiqué de nouveau ramène cette fois du sang noirâtre, mais ne révèle encore rien dans les culs-de-sac. Nous interrogeons de nouveau la malade et apprenons, contrairement à ses assertions de la veille, que depuis son accouchement, elle a vu ses règles une fois, deux mois et demie avant l'accident présent ; depuis elles n'ont pas reparu. Tout faisait donc conclure à l'existence d'une grossesse tubaire droite, rompue. Sur l'avis du chef de service, suppléant alors M. Le Dentu absent, on continue le traitement de la veille. Mais les accidents s'aggravent rapidement, l'état syncopal s'accentue, la faiblesse augmente et la malade succombe dans la nuit, après une lutte des plus pénibles.

Autopsie, 28 heures après la mort. — A l'ouverture du ventre, écoulement considérable de sang liquide que nous recueillons dans un bocal gradué. L'abdomen tout entier paraît rempli de sang ; on en retrouve jusque sous le diaphragme et dans l'arrière-cavité des épiploons. Le bassin est complètement rempli de caillots récents et très mous, qui s'étendent d'une fosse iliaque à l'autre et prédominent à droite, rejetant en haut tout le paquet intestinal. L'utérus est en haut et à gauche ; les annexes gauches sont enfouies dans les caillots ; les annexes droites, mieux perceptibles, situées à la limite de la fosse iliaque droite, et plus élevées qu'à l'ordinaire, sont le centre d'un très volumineux caillot qui occupe toute la fosse iliaque et refoule le cæcum qu'il aplatit.

Nous enlevons en bloc, avec soin, l'utérus, ses annexes, le rectum et les caillots qui les englobent.

Disons de suite que le péritoine, sans trace d'inflammation récente, portait cependant la marque d'anciennes lésions, avec adhérences et tractus de longue date, siégeant surtout au niveau de la région cæcale et dans le Douglas.

Il s'était écoulé en tout 3,800 gr. de sang liquide, et les caillots recueillis avec soin pesaient, avec l'utérus et les annexes, 800 gr. On peut donc estimer que l'hémorrhagie intrapéritonéale était de quatre litres environ.

Examen des pièces. — L'utérus est gros, mou ; le col assez dur ; sa cavité est pleine de sang, la muqueuse molle, épaissie, mais sans trace de caduque qui avait été peut-être expulsée déjà.

La trompe et l'ovaire gauche sont normaux.

La trompe et l'ovaire droit sont débarrassés avec soin des caillots qui les englobent. Au niveau du tiers externe de l'oviducte, et sur le bord supérieur, on constate une déchirure irrégulière, de 2 centimètres et demi environ, par laquelle fait hernie un caillot plus noir et plus dur que les autres. On le fend avec précaution sous l'eau, et l'on découvre ainsi une masse globuleuse, du volume d'une grosse noix, hérissée de villosités arborescentes, au centre de laquelle une cavité amniotique encore intacte contient un petit fœtus de 5 centim. appendu par son cordon. Il s'agit donc d'une grossesse tubaire siégeant dans le tiers externe de la trompe, dilatée en forme de poche aussi grosse qu'un œuf et à parois très amincies.

L'ovaire correspondant est sain, avec la trace bien nette d'un gros corps jaune.

Quelques points sont à relever dans cette observation : 1° l'erreur de diagnostic du premier jour, corrigée d'ailleurs le lendemain, que nous avaient fait commettre les réponses trompeuses de la femme sur l'état de sa menstruation, la prédominance des symptômes dans la fosse iliaque droite et l'absence de signes vaginaux (nous verrons plus loin que pareille méprise est arrivée à d'autres) ; 2° l'énorme abondance de l'écoulement sanguin, sans aucune tendance à l'enkystement et à l'arrêt spontané par coagulation, bien qu'il y ait eu des caillots formés au niveau de la rupture, et bien que le péritoine portât des traces évidentes d'inflammation ancienne ; 3° le siège anormal des annexes rompues, qui n'occupaient plus le petit bassin, mais la partie interne de la fosse iliaque droite.

Obs. 5 (inédite, due à l'obligeance du Dr Pichevin). — Femme de 24 ans, mariée en août dernier; règles irrégulières quand elle était jeune fille; dysménorrhée légère.

En octobre, les règles n'apparaissent pas; dans les deux mois qui suivent, légère perte continue en très petite quantité; pas de douleurs; pas de signes de grossesse; son mari pourtant y avait songé.

Le 28 février, pendant qu'elle était au Bon Marché, elle est prise brusquement de douleurs violentes dans le bas-ventre, avec syncope et vomissements. On la transporte chez elle dans un état lipothymique prononcé. Les douleurs et nausées continuent, la face est pâle; et l'on porte le diagnostic d'hématocèle. Ergotine, hammaméline, glace, etc.

Le 1er mars, à midi, la malade est examinée avec soin par le Dr Pichevin : les seins sont gros, l'aréole brunâtre, avec des tubercules de Montgomery plus nombreux à gauche. La ligne ombilicale est brune. Le ventre est tendu et douloureux. Au toucher, le col est mou, la muqueuse vaginale humide; l'utérus est en avant, et en arrière de lui, on perçoit une masse liquide, molle, fuyant le doigt, sans limites précises, mais se prolongeant à gauche. La malade est dans un état très grave, le pouls filiforme, les extrémités refroidies, la température très basse. M. Pichevin porte le diagnostic de grossesse tubaire gauche rompue et conseille l'intervention immédiate, qui est refusée. La malade meurt quelques heures après.

Les observations qui suivent ont été recueillies dans les ouvrages ou journaux, qui n'en donnaient parfois qu'une trop sommaire indication ; nous les rapportons résumées, ainsi que nous avons pu les reconstituer.

Observations de ruptures suivies de mort.

I. — Pollard (*Arch. gén. de méd.*, 1848, t. XVIII, p. 475). Femme de 28 ans, morte en vingt heures après des excès sexuels, avec des phénomènes d'hémorrhagie interne. Sang liquide dans l'abdomen. Utérus gros avec caduque; ovaire droit, avec un corps jaune; trompe droite distendue, avec une rupture à sa partie interne, bouchée par un caillot irrégulier, au centre duquel on distinguait un petit sac, mais tellement comprimé et déformé par la pression du sang coagulé, qu'il fut impossible de déterminer si c'était un ovule. Ovaire gauche creusé d'une cavité sanguine rompue dans l'abdomen.

II. — Pauli (*Gaz. des hôp.*, 1847), déjà rapportée plus haut. Femme de 36 ans, perte ; mort en vingt heures ; à l'autopsie, trompe droite distendue et déchirée transversalement.

III. — Fénerly (th. Paris, 1855). Femme de 30 ans, multipare, retard de 7 jours ; première crise, le 1er avril ; mort le 8 avril. Dans l'abdomen, caillot de 1 kilogr. avec un fœtus de deux mois et demi muni du placenta ; trompe droite dilatée, mesurant 6-7 centim. de diamètre et portant une déchirure arrondie, de 1 centim. environ.

IV. — Pise (*Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 41), présente le produit d'une grossesse tubaire droite, provenant d'une femme morte en 6 jours à la Charité, et chez laquelle on avait constaté une tumeur dans la fosse iliaque droite. A l'autopsie, caillots stratifiés dans la fosse iliaque droite, avec sang demi-coagulé, formant tumeur. Au sommet de celle-ci, poche amniotique avec fœtus de 10 semaines, cordon et placenta. La trompe droite était méconnaissable et avait son orifice utérin complètement bouché.

V. — Fleuriot (*Bull. Soc. anat.*, 1855, p. 399). Femme de 32 ans, Ipare. Retard de quinze jours, avec perte et douleurs très fortes, surtout à droite. Le 31 août 1855, à l'époque présumée des règles, perte plus abondante avec caillots, douleurs plus fortes, rappelant celles de l'accouchement ; le 4 septembre, crise simulant une fausse couche. A l'examen : utérus à gauche ; tumeur fluctuante dans le cul-de-sac postérieur, plus ferme à droite. Mort le 6 septembre. A l'autopsie : 750 gr. de caillots et quatre verres de sang noir. A droite, tumeur ovoïde, rouge brun, englobant un œuf avec amnios et fœtus, contenus dans la trompe droite.

VI. — Gaube (*Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 121) rapporte le cas d'une femme de 32 ans, Vpare ; retard de sept jours, lorsque survint une perte abondante avec douleurs semblables à celles de l'accouchement ; à l'examen : tumeur à droite. Les jours suivants : ténesme rectal, vomissements, accroissement lent de la tumeur ; huit jours après son entrée à l'hôpital, deuxième crise et mort. A l'autopsie, caillots récents, tumeur sanguine mamelonnée, avec fœtus de 9 centim., provenant d'une grossesse tubaire droite rompue avec une ouverture de 1 centimètre et demi de diamètre, irrégulièrement arrondie. Dilatation des reins et des uretères, surtout à droite.

VII. — Fauvel (*Bull. Soc. anat.*, 1855, p. 395, rapporté par Gallard). Femme de 28 ans ; métrorrhagies interrompues, puis continues et progres-

sives : à la suite d'une émotion vive, crise avec douleurs, vomissements, lipothymie. Trois médecins appelés portent trois diagnostics différents : congestion cérébrale, choléra sporadique, empoisonnement. Mort rapide. A l'autopsie, abdomen rempli de sang liquide et de caillots. Trompe gauche dilatée en œuf de pigeon, déchirée sur sa partie supérieure. Ni fœtus, ni placenta, mais petit kyste trausparent (?) recouvert par les filaments de la trompe.

VIII. — SABATIER (*Médecin opér.*, 2e éd., t. III, p. 279, in GOUPIL). Deux femmes moururent au quatrième mois d'une grossesse supposée où le ventre se portait d'un côté seulement. A l'autopsie, grossesse tubaire rompue.

IX. — LITTRÉ (*Mém. Acad. des Sc.*, 1702, p. 209, in GOUPIL). Grossesse de six semaines ; chute sur les genoux ; crise six heures après ; mort rapide par déchirure de la trompe gauche à 5-6 lignes au-dessous du pavillon ; on trouva un fœtus dans sa cavité amniotique.

X. — DUVERNEY (*Œuvres anatom.*, t. II, p. 355, in GOUPIL). Femme de 21 ans, se croyant grosse de deux mois, danse avec excès ; crise ; mort par rupture de la trompe gauche ; l'utérus contenait un deuxième placenta, dont le cordon était rompu.

XI. — ALBERS, de Brême (in DEZEIMERIS, cité par GOUPIL). Grossesse de trois mois ; crise à la suite de fatigue et mort rapide ; à l'autopsie, rupture de la trompe gauche, avec fœtus.

XII. — KÖNER (in MOREAU, th. 1854, cité par GOUPIL). Mort avec des signes d'empoisonnement par l'arsenic ; à l'autopsie, grossesse tubaire gauche, avec œuf intact et amnios ; rupture double, avec deux trous ne dépassant pas les dimensions d'une tête d'épingle.

XIII.— BIANCHI (*De naturali in humano...*, etc., cité par GOUPIL). Grossesse tubaire terminée par une mort rapide. Perforation de la trompe qui ne dépassait pas la taille d'un grain de blé. L'œuf était resté intact dans l'oviducte distendu.

XIV. — Mme LACHAPELLE (*Pratique des Acc.*, in GOUPIL). Femme de 24 ans ; se croit enceinte ; crise ; mort rapide ; à l'autopsie, rupture d'un kyste fœtal formé par la dilatation de la trompe gauche ; on trouve à droite un fœtus de cinq mois.

XV. — MOREAU (Th. de Paris, 1854, in GOUPIL). Femme de 32 ans ; Vpare, grossesse de deux semaines ; crise à la suite d'un coup sur l'abdomen ; mort ; rupture d'un kyste fœtal, avec fœtus de dix semaines, constitué par la trompe gauche ; l'ovaire et le ligament large intimement adhérents. Dans l'ovaire, corps jaune.

XVI. — UCELLI (*Biblioth. méd.*, cité par GOUPIL). Femme de 34 ans, grosse de trois mois. Crise ; mort six jours après ; rupture d'une grossesse tubo-ovarique droite, avec fœtus adhérent à l'ovaire droit, par le cordon ombilical.

XVII. — St-MORESSY (in DUVERNEY. *Œuvres an.*, cité par GOUPIL). Grossesse de trois mois ; crise ; mort en neuf heures ; à l'autopsie, rupture d'une grossesse tubo-ovarique droite, avec fœtus et éclatement de l'ovaire.

XVIII. — SIREDEY (Th. Paris, 1860, in GOUPIL). Femme de 28 ans, IIpare, morte en deux jours après des excès de coït ; rupture d'une grossesse tubaire droite, avec fœtus de 3 semaines.

XIX. — ALBERS, de Brême (in DEZEIMERIS, p. 240, cité par GOUPIL). Femme de 30 ans ; grossesse de trois mois ; tombe dans l'escalier ; crise et mort ; rupture de la trompe droite avec fœtus.

XX. — BELLUZI (*B. d. sc. med. di Bologna*, 1861, in GALLARD). Grossesse supposée ; fatigue exagérée ; crise, mort. A l'autopsie, rupture de la trompe gauche, avec embryon.

XXI. — DUGUET (*Ann. de gyn.*, avril 1874). Femme de 27 ans ; Ipare. Depuis deux mois et demi, métrorrhagies continues et douleurs abdominales ; anémie profonde. Le 8 décembre, expulsion d'une caduque ; le 13, crise, frissons, vomissements ; mort par syncope. A l'autopsie, un litre de sang noir et caillots rouges et gris. Tumeur arrondie, fluctuante, développée dans le pavillon de la trompe gauche, avec des déchirures irrégulières, par lesquelles fait hernie le placenta. A l'intérieur, poche amniotique avec fœtus de 3 mois à 3 mois et demi. Ovaire gauche plus volumineux.

XXII. — BROUARDEL (in th. de JOÜON, Paris, 1892). A fait à la morgue en 1880 et 1882, l'autopsie de deux femmes, atteintes de grossesse tubaire gauche rompue, avec fœtus de 2 mois et corps jaune, dans l'ovaire correspondant.

XXIII. — Alban Doran (*Soc. obstétricale de Londres*, 1882) a rapporté deux cas de grossesse tubaire de sept semaines à quatre mois, avec mort, l'une en douze, l'autre en vingt-quatre heures.

XXIV. — Harrisson (*Soc. Amér. de New-York*, 1884) a vu une malade mourir en trois heures par rupture d'une grossesse tubaire droite.

XXV. — Lee (*Soc. obst. de New-York*) a également rapporté un cas de mort rapide, par rupture d'une grossesse tubaire gauche.

XXVI. — Nock (*Soc. obstétr. de Philadelphie*, novembre 1888) cite un cas de mort par rupture de grossesse tubaire, avec collapsus, refroidissement.

XXVII. — K. Abel (*Arch. f. Gynæk.* Bd. 39, Hft. 3) a vu une femme de 31 ans, grosse de deux mois, qui mourut presque subitement en une demi-heure; l'abdomen contenait quatre litres de sang, avec quelques caillots dans le Douglas; la trompe droite dilatée était rompue; on retrouva le fœtus et son placenta.

XXVIII. — Fuchs (*Amer. Journ. of obstetric*, 1851, p. 573) fut appelé auprès d'une femme qui perdait abondamment, mais ne se croyait nullement enceinte; un mois après, nouvelle perte. Le 12 octobre, crise douloureuse; l'après-midi, elle voulut se lever, nouvelle crise et syncope; elle se crut empoisonnée par des coquillages qu'elle avait mangés à son dîner, et le médecin le crut aussi. Morphine et wiskey. A 2 heures du matin, mort. A l'autopsie, abdomen plein de sang; rupture de la trompe droite, avec amnios et embryon parfait de six semaines. Pas de traces de péritonite.

XXIX. — Sippel (*Deutsche med. Woch.*, 1892, n° 37) a vu une femme de 29 ans, après un retard de 15 jours dans ses règles, mourir rapidement avec des douleurs vives; l'abdomen était rempli de sang; la trompe gauche rompue contenait un œuf; il y avait un corps jaune récent dans l'ovaire droit.

XXX. — Sinclair (*Brit. med. Journ.*, 1888, p. 127). Multipare en traitement pour rétroversion de l'utérus. En novembre 1880, aménorrhée; en décembre, signes de grossesse; le 1er janvier 1881, crise avec diarrhée, mort dans l'après-midi. A l'autopsie, abdomen plein de sang; grossesse tubaire de six semaines, largement ouverte dans le péritoine.

XXXI. — Littauer (*Centr. für Gynæk.*). Femme habituellement bien

portante, crise avec douleurs intenses, ténesme rectal, vomissements et perte légère vaginale.

Diagnostic : Occlusion intestinale, ou perforation avec péritonite ; mort dans la soirée. Pas de péritonite. Un litre et demi de sang dans le bassin ; rupture d'une grossesse tubaire de trois semaines.

XXXII. — Mashka (*Wiener mediz. Wochens.*, 1885). Jeune femme de chambre, avec première crise le 22 mars 1885 ; le 23, perte ; un médecin la croit enceinte de 4 mois. Sur ses dénégations formelles, il conclut à une péritonite. Mort dans la nuit. A l'autopsie, rupture d'une grossesse tubo-interstitielle, avec expulsion du corps du fœtus dans l'utérus, tandis que la tête et le placenta étaient dans l'abdomen.

XXXIII. — Albu (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1875). Femme de 36 ans, O-pare. Aménorrhée de 2 mois. Le 3 juillet, crise avec diarrhée, vomissements, simulant une attaque de choléra. Mort le soir même. Caillot et sang liquide dans l'abdomen. Utérus gros avec caduque. Trompe gauche du volume d'une noisette, avec des restes de membrane, et nettement perforée.

XXXIV. — Gray (*Lancet*, 1879). Femme de 26 ans, IVpare. Règles irrégulières. Du 4 au 6 janvier 1879, hémorrhagies. Le 6, douleur aiguë à l'estomac. Le 7, à huit heures du soir, douleur suraiguë avec vomissements ; mort à onze heures. A l'autopsie, deux litres et demi de sang. Trompe droite gravide (villosités), avec une déchirure du diamètre d'un pois.

XXXV. — Hanks (*Am. J. of Obst.*, juillet 1890). Jeune femme allaitant son enfant et ignorant être enceinte. Vives douleurs dans le ventre le soir ; le lendemain matin, deuxième crise et mort rapide. A l'autopsie, grossesse tubaire avec une très petite rupture près du pavillon et un œuf de trois semaines, au milieu du sang.

XXXVI. — Martin-Durr (*Bull. Soc. anat.*, 1891, p. 397). Femme de 38 ans, entre à une heure du matin, à Cochin, et meurt à 3 heures. A l'autopsie, deux litres et quart de sang liquide et 650 gr. de caillots, au milieu desquels un fœtus de 140 gr., avec cordon et placenta. Trompe et ovaire gauches normaux. Trompe droite dilatée dans sa portion externe, adhérente au côlon ascendant, et rompue à ce niveau. La cavité de la trompe, remplie de caillots, admet les deux poings.

XXXVII. — Siegenbech van Heukelam (*Nederlansch. Fydsch.*, 1885). Femme morte rapidement avec des signes d'hémorrhagie interne. Abdomen

rempli de sang. Trompe gauche, déchirée à 4 centim. de l'utérus, avec des traces d'épanchement ancien en partie résorbé; ovaire gauche, avec un vieux corps jaune vrai. Trompe droite dilatée à 4 centim. de l'utérus, contenant des caillots, un cordon ombilical des villosités et un fœtus de quarante jours. Elle porte une large déchirure oblique sur son bord supérieur.

XXXVIII. — STRECKER (*Berlin. klinische Woch.*, mars 1892). Femme de 30 ans, mort subite avec des signes d'hémorrhagie interne A l'autopsie, abdomen plein de sang. Rupture de la trompe gauche qui contenait deux fœtus mâles.

XXXIX. — V. GROSS (*Corresp. Blatt. f. Schw.*, 15 avril) a rapporté un cas de mort avec signes d'hémorrhagie interne, par rupture de grossesse tubaire.

XL. — JOUON (thèse de Paris, 1892. A, 101) cite sans autres indications bibliographiques, le cas d'une femme de 31 ans, IIpare, qui après une aménorrhée de deux mois, fut prise de douleurs abdominales, syncope, perte légère; examen sous le chloroforme, la tumeur déjà constatée la vieille avait diminué. On pratique un curettage (?) Brusquement la malade est prise de défaillance et meurt quelques heures après.

XLI. — INGRAHAM (*New-York M. Journ.*, 31 décembre 1892, p. 750) sur trois cas de grossesse tubaire, a vu une mort rapide par rupture de grossesse tubaire chez une célibataire qui, intentionnellement, falsifie ses réponses, niant sa grossesse possible, de sorte que lorsque la rupture survint, les médecins égarés par ses fauses réponses, ne purent la secourir à temps.

XLII. — JOHNSTON (*Bristish medical Journ.*) rapporte sans plus de détails, qu'il a observé *trois* cas de rupture, traités par l'expectation et suivis de mort; dans tous, à l'autopsie, il trouva des traces évidentes de grossesse et des restes d'œuf.

XLIII. — GRACE WOLCOTT (*Boston medical*, 1893). Femme de 40 ans, IIpare, aménorrhée de trois mois; tumeurs abdominales vives; à l'examen, tumeur dans le cul-de-sac postérieur, pris d'abord pour un fibrome; seins développés, avec tubercules de Montgomery et colostrum; pas de bruits fœtaux à l'auscultation. Diagnostic : grossesse extra-utérine. On propose l'opération; la malade refuse de se laisser opérer. Un mois après, elle meurt brusquement de syncope.

XLIV. — WORCESTER (*Boston medical*, 1893). Femme de 30 ans, bien réglée d'habitude; retard de deux semaines, douleurs abdominales vives du côté droit, dès le commencement de décembre. Le 26 du même mois, crise; mort en quelques heures, par rupture probable.

XLV. — ENGELMANN (*American Journ. of Obstetr.*, 1893, p. 688) a vu une femme mourir de symptômes simulant une affection intestinale; à l'autopsie, il s'agissait d'une rupture droite gravide, et adhérente à l'appendice iléo-cæcal.

XLVI. — HAGGARD (*Americ. Journ. of Obstetr.*, 1893, p. 304). Femme de 24 ans; se croit enceinte : signes objectifs de grossesse; aménorrhée. Elle saute brusquement d'un wagon, crise; mort. Rupture d'une grossesse tubaire gauche à la base du ligament large correspondant.

XLVII. — MARTIN (*Berliner klin. Woch.*, 1893, n° 23) a vu un cas de mort par rupture de grossesse tubaire droite ; l'abdomen était plein de sang et de caillots; il y avait des adhérences intestinales. La trompe dilatée renfermait un fœtus de 10 centim.

XLVIII. — RICHARDSON (*Boston medical*, 1893) a observé lui aussi deux cas de mort rapide par rupture de grossesse tubaire, sans opération.

XLIX. — GOODELL (*Medical News*, avril 1893) cite une femme, qui mourut brusquement, en sautant du lit. A l'autopsie, grossesse tubaire rompue.

L. — SHAW-MACKENZIE (*British medical*, 12 avril 1892) cite un cas de Cleghorn de Blenheim, avec mort rapide sans opération : rupture d'une grossesse tubaire de sept semaines.

LI. — IGNATOWSKI (*Soc. d'acc. et de gynéc. de Kieff*, novembre 1893). Mort en huit heures, par rupture d'une grossesse tubaire de cinq semaines.

LII. — ROCHET (*Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*, 24 décembre 1893). Femme de 39 ans; IIpare; dysménorrhéique; depuis trois mois, règles presque disparues. Le 16 décembre 1893, crise, syncope, pâleur, refroidissement des extrémités; pouls imperceptible. Au toucher, empâtement diffus dans le cul-de-sac postérieur. Diagnostic : grossesse tubaire rompue. Mort un quart d'heure après. A l'autopsie : caillot de 750 gr.; deux litres de sang liquide dans l'abdomen. Trompe gauche gravide, du volume d'un œuf de poule, avec œuf complet intact et embryon, et portant une déchirure de 4 centim.

LIII. — Stevenson (*American Journal of Obst.*, janvier 1894). Femme de 40 ans, mariée depuis 16 ans. Se croit enceinte, et même avoir dépassé son plein terme ; on sent le fœtus remuer ; crise ; mort, avant qu'on put intervenir. Kyste fœtal tubaire, occupant tout l'abdomen, avec rupture étendue.

LIV. — J. E. Œdham (*Americ. Journ.*, juin 1894, p. 777). Femme de 30 ans ; un enfant il y a huit ans ; plusieurs crises douloureuses simulant des coliques hépatiques ; douze jours après, crise plus forte, collapsus profond. A l'examen, masse à gauche et derrière l'utérus ; mort six heures après. Rupture de la trompe gauche, avec embryon et membranes.

Nous reviendrons plus loin sur ces observations, dont quelques-unes méritent une attention spéciale soit par la rapidité du dénouement qui a pu dans quelques cas, rares il est vrai, se précipiter en une demi-heure, soit par l'aspect inaccoutumé des symptômes, qui ont ainsi égaré le diagnostic.

Nous voulons avant, suivant l'ordre déjà commencé, rapporter maintenant les observations de grossesse tubaire rompue qui ne se sont pas terminées par la mort. Nous faisons dès maintenant observer que nous avons voulu distraire de ce groupe les cas douteux, où l'on pourrait soupçonner à l'épanchement une autre cause qu'une grossesse ectopique. Je sais bien que la guérison spontanée emporte avec elle toute possibilité d'examen direct in vivo ou post mortem, et que l'on pourra, de par cela, nous élever quelques objections. Cependant, il est des faits où les signes habituels de la grossesse ectopique, bien constatés, et la marche typique des accidents, permettent nettement de conclure. Ce sont ceux-là que nous allons rapporter. Rappelons auparavant que nous avons déjà montré plus haut comment la rupture peut dans quelques exceptions se produire sans hémorrhagie appréciable, ainsi que des opérations ultérieures l'on fait découvrir (faits de Pinard, Lawson Tait, Hey, van Heukelam). Ces cas nous fournissent une transition naturelle entre les ruptures fatales et celles qui pardonnent, dont nous allons maintenant donner quelques exemples :

Observations de rupture guéries spontanément.

I. — MAURY (de Memphis) (*Soc. gynéc. améric.*, 2 octobre 1884) a rapporté le cas d'une femme présentant des signes évidents de grossesse ectopique ; elle se croyait enceinte ; on avait constaté chez elle une tumeur accolée à un des côtés de l'utérus, qui grossissait peu à peu. Crise, syncope ; état très grave. Guérison sans intervention.

II. — MORRILL (*Soc. obs. de New-York*, octobre 1888) a vu une femme qui se croyait enceinte de deux mois, présenter tous les signes d'une rupture et d'une anémie aiguë. Guérison spontanée.

III. — BOLDT (*American Journal of obstetrics*, 1893) fut appelé auprès d'une femme qui, après avoir présenté des signes de grossesse, tomba brusquement avec des douleurs vives, dans un collapsus tellement profond, qu'on n'osa pas intervenir. Elle guérit cependant.

IV. — TAYLOR (*British medical Journ.*, 14 mai 1892) a rapporté un cas semblable.

V. — OUI (*Arch. de tocol. et de gynéc.*, 1891) vit une femme grosse de dix semaines environ, qui fut brusquement prise de signes d'hémorrhagie interne ; au troisième jour, expulsion de caduque, qui fut prise pour une fausse couche. Elle finit par guérir.

VI. — WYDER (*Arch. f. Gyn.*, Bd. LXI, Hft 1, 2) sur six cas de grossesse tubaire rompue en a vu deux, les deux premiers, guérir sans opération.

VII. — K. ABEL (*Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXIX, Hft 3) rapporte l'histoire d'une femme de 28 ans, grosse de deux mois environ, qui fut prise d'une crise douloureuse vive, avec perte et expulsion d'une caduque. Diagnostic : grossesse extra-utérine rompue ; le collapsus était si marqué, qu'il renonça à l'opération, tant la faiblesse était grande. L'épanchement finit par s'enkyster, formant une tumeur d'abord jusqu'à l'ombilic, qui diminua peu à peu.

VIII. — BAUGA (*Amer. Journ. of obstetrics*. 1891) a vu un cas de rupture de grossesse tubaire accompagné de symptômes très graves ; l'opération fut proposée et refusée. La malade guérit.

IX. — Mandelstam (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 25) sur 11 cas de rupture de grossesse extra-utérine, a vu 7 guérisons par expectation pure.

X. — Le Dentu (*Gaz. médicale de Paris*, 7 mars 1891) a rapporté dans une de ses cliniques, le cas d'une femme qu'il fut sur le point d'opérer pour des accidents très graves d'hémorrhagie interne, si graves qu'il crut bon de s'abstenir. La malade put se tirer de ce mauvais pas, et ne fut opérée que plus tard.

Les deux cas suivants ont plus d'intérêt, en ce qu'une laparotomie faite quelque temps après la rupture, permit de constater la vérité du diagnostic :

XI. — Mackenrodt (*Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXIII, Hft I) vit une femme de 32 ans, chez laquelle il fit le diagnostic de grossesse tubaire rompue. La malade ne voulut pas se laisser opérer; elle guérit de cette alerte. Un an après, les symptômes se reproduisirent, et la deuxième rupture nécessita l'ouverture du ventre. On trouva à gauche un sac rompu, et à droite, un vieux sac également rompu, qui contenait des débris fœtaux. Nous avons déjà cité le cas, lorsque nous avons parlé des grossesses récidivées.

XII. — Stevenson (*Americ. Journ. of obstetrics*, janvier 1894) a vu une femme de 30 ans, multipare, et qui ne se croyait pas enceinte, prise tout à coup de douleurs vives, avec prostration. On découvrit, à l'examen, une tumeur que l'on diagnostiqua : kyste avec torsion incomplète du pédicule. Six mois après, la tumeur augmentant, on fit une laparotomie. Les accidents provenaient en réalité d'une grossesse tubaire rompue; on incisa le sac, d'où on put extraire un enfant vivant.

A la suite de ces faits, enfin, se rangent ceux où, après la rupture, l'enkystement se produit, et où l'on voit apparaître les signes classiques de l'hématocèle : tumeur péri-utérine à évolution lente, et variable.

L'enkystement est-il possible à la suite de rupture d'une grossesse extra-utérine ? Jadis Bernutz et Goupil, le premier surtout, nous l'avons vu au début de ce travail, refusaient d'admettre cette terminaison. Pour eux, les grossesses extra-utérines rompues se terminent presque fatalement par la mort, et c'est pour cela qu'ils n'y virent point une des origines fréquentes de l'hématocèle. Nous sommes les premiers à reconnaître la gravité de la rupture ; et nous avons assez

montré, pourquoi, dans un très grand nombre de cas, les accidents évoluent trop rapides et trop terribles pour que l'enkystement ait le temps de se produire. Il en existe cependant des exemples non douteux ; nous en trouverions dans le livre de Bernutz lui-même, et nous rapporterons des cas d'hématocèle, au sens où Bernutz l'entendait, où la grossesse tubaire initiale est hors de doute. Il suffit d'ailleurs de jeter les yeux sur la description de l'hématocèle qu'ont donnée les auteurs classiques, pour y voir à chaque ligne la trace de cette grossesse ectopique méconnue.

Bernutz insiste tout le premier sur les troubles menstruels qui précèdent la crise, mais il ne leur attribue d'autre signification que de provoquer indirectement la pelvi-péritonite et la congestion des organes pelviens d'où sortira l'hématocèle, « conséquence vulgaire qu'a fréquemment l'absence des règles d'être suivie soit à la première, soit à la deuxième époque menstruelle, d'une hémorrhagie plus ou moins abondante, symptomatique de la congestion dont les organes génitaux sont restés le siège, par suite de défaut de la crise cataméniale ». Il ne songe donc nullement à rapporter aménorrhée et métrorrhagie à l'existence d'une grossesse tubaire. D'ailleurs s'il a souvent trouvé à l'autopsie une dilatation des trompes (Nélaton y avait déjà insisté), cette dilatation est pour lui purement mécanique, due toujours au simple défaut d'excrétion menstruelle.

Pour Besnier également, les crises douloureuses, les troubles menstruels, suppression brusque ou métrorrhagies sont précisément les conditions qui président au développement des pelvi-péritonites menstruelles.

Courty, dans son chapitre sur l'anatomie pathologique de l'hématocèle, insiste sur l'aspect de l'utérus qui est le plus souvent hypertrophié, ramolli, ainsi que dans la grossesse extra-utérine. Et cependant il ne tire de ce fait aucune déduction.

Poncet revient lui aussi sur l'aménorrhée, les métrorrhagies, l'influence pour les crises des époques menstruelles.

Gallard parle des signes qui font croire à une grossesse commençante : nausées, modifications des seins, rondeur de l'abdomen, aménorrhée.

Nous voyons donc que tous ceux qui ont écrit sur l'hématocèle, avant la période actuelle, ont signalé tour à tour des symptômes ou des lésions dont ils n'avaient pas vu la cause première et que nous

rattachons aujourd'hui à l'existence préalable d'une grossesse tubaire, seule hypothèse qui les explique tous, sans difficulté.

L'hématocèle est donc possible dans la grossesse tubaire, de l'aveu inconscient des auteurs mêmes qui la nient. Les faits d'ailleurs parlent mieux encore. Nous ne pouvons les citer tous ; il nous faudrait reprendre un trop grand nombre des observations publiées.

Observations d'enkystement après rupture.

I. — Fénerly (thèse de Paris, 1855) en a cité deux bons exemples dans sa première et sa treizième observation : tous les signes de grossesse, puis crise et apparition d'une tumeur dans le Douglas ; la première malade meurt et l'on trouve à l'autopsie un fœtus de 2 centimètres et demi avec une rupture de la trompe droite dilatée. La deuxième guérit après une incision vaginale pratiquée par Maisonneuve.

II. — M. Martin (*Bull. Soc. anat.*, 26 juin 1874) a rapporté l'histoire d'une femme de 29 ans, qui, après métrorrhagies irrégulières et crise douloureuse, vit apparaître une tumeur remontant à l'ombilic. Elle mourut de péritonite un mois après. A l'autopsie, tumeur sanguine enkystée, avec grossesse tubaire droite rompue et fœtus de 13 centim.

III. — Bauga (*New-York med. Journ.*, janvier 1891) parle d'une femme de 40 ans, IIIpare, qui, après une aménorrhée de trois mois, fut prise de crise, syncope, perte ; une tumeur apparut dans le cul-de-sac postérieur, refoulant l'utérus en avant ; l'ouverture du ventre quelque temps après, montra qu'il s'agissait d'une hématocèle rétro-utérine avec grossesse tubaire rompue et fœtus.

IV. — Reynier (thèse Jouon, 1892, obs. XII) constate chez une femme tous les signes classiques de l'hématocèle ; laparotomie : grossesse tubaire gauche avec villosités.

V. — Barnes (traduction Cordes, 1876) cite deux cas d'hématocèle vraie par rupture de grossesse tubaire, l'un dû à Mathews Duncan, l'autre personnel, chez une femme qui se croyait enceinte de deux mois, et mourut cinq jours après une crise ; on constata, à l'autopsie, une hématocèle vraie, avec grossesse tubaire gauche rompue.

VI. — MEYER (cité par PONCET, dans sa thèse d'agrégation, p. 142) vit dans le service de Recklinghausen une femme de 32 ans, avec aménorrhée de quatorze semaines, qui fut prise de crise, et chez laquelle on constata une tumeur dans le Douglas. Mort huit jours après. A l'autopsie, tumeur tendue, dure, englobant l'utérus, limitée par un néodiaphragme solide et contenant 1,500 gr. de sang coagulé, le tout provenant d'une grossesse tubaire gauche rompue, avec cavité amniotique et fœtus de six à sept semaines.

VII. — SCHWARTZ (cité par PONCET, *ibidem*, p. 150) a fait chez Tillaux l'autopsie d'une femme de 33 ans, avec tumeur enkystée dans le Douglas, refoulant la vessie et comprimant les uretères, provenant d'une grossesse tubaire droite rompue.

VIII. — BINAUD (thèse de Bordeaux, 1892) rapporte 14 cas où l'enkystement existait d'une façon très nette, et 2 cas (obs. I et XLII) où il commençait à se dessiner faiblement.

IX. — GAUTHIER (thèse de Paris, 1893) a recueilli dans le service de Richelot l'histoire d'une femme de 27 ans, présentant tous les signes rationnels et les signes physiques en faveur d'une hématocèle rétro-utérine. Laparotomie. Vieille rupture d'une grossesse tubaire gauche.

Il reste donc avéré que malgré la fréquence beaucoup plus grande des morts rapides après rupture, par hémorrhagie diffuse, l'enkystement peut aussi se produire en pareil cas. Quelle est la proportion relative de ces deux modes de terminaison ? Binaud a essayé, dans sa thèse, de dresser une statistique sans y parvenir. Beaucoup d'auteurs. nous l'avons constaté comme lui, se contentent de dire s'ils ont trouvé ou non des caillots, sans « se préoccuper de savoir s'il y avait enkystement ou du moins tendance à ce processus ». Et comme on trouve des caillots dans presque tous les cas (Veit), il est impossible de conclure. Pour Binaud, « si l'on consulte les auteurs qui ont écrit de 1850 à 1870, on croirait volontiers que l'enkystement est presque un fait habituel ; d'autre part, Lawson Tait, Schrœder, Auguste Martin, ont au contraire de la tendance à regarder l'épanchement non enkysté comme se rencontrant dans la majorité des cas ». Cette assertion est exacte, mais elle a besoin d'une explication. Les classiques considéraient l'enkystement comme un fait non pas habituel, mais nécessaire pour qu'il y eût hématocèle, au

sens étymologique du mot, et c'est le seul qu'ils admettaient; nous avons vu qu'ils séparaient avec soin de l'hématocèle (αἱματοκήλη) les hémorrhagies provenant de rupture qui, pour eux, au contraire, ne s'enkystaient jamais. Les auteurs modernes, réunissant dans une même description toutes les hémorrhagies intrapelviennes d'origine génitale, devaient à leur tour forcément conclure à la rareté de l'enkystement.

La divergence d'opinions n'est donc pas aussi grande que la phrase de Binaud pourrait le faire penser, et repose simplement non pas sur une différence dans les faits observés, mais sur une différence dans l'interprétation du mot hématocèle. Nous nous refusons donc à croire que « les hématocèles volumineuses sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'avait soupçonné jusqu'ici ». Et cela pour les raisons mêmes que Binaud invoque en faveur de son opinion, contraire cependant à la nôtre. Puisque « le chirurgien est beaucoup plus souvent appelé qu'auparavant à intervenir dans ces formes foudroyantes »; puisque « le praticien familiarisé avec ce genre d'opération intervient beaucoup plus tôt que dans les temps passés... », ledit chirurgien intervient trop vite pour que l'enkystement ait eu le temps de se produire, même de s'ébaucher, sauf exception. D'ailleurs, et pour des raisons si naturelles que nous n'avons pas à y insister, les gros épanchements sont beaucoup moins susceptibles d'enkystement que les petits Leur production même implique l'absence de barrières néomembraneuses persistantes, et nous avons vu plus haut avec Veit, les raisons qui font alors que l'hémorrhagie n'a pas de tendance à s'arrêter. De fait, les très grosses hématocèles sont exceptionnelles; ce sont les épanchements moyens ou petits qui s'enkystent. Peuvent-elles exister cependant ? Oui. Veit fait remarquer que les grossesses tubaires sont très fréquentes, et qu'en dépit des difficultés à l'hémostase spontanée, la mort par hémorrhagie est rare. Il explique cette anomalie apparente par l'existence d'une péritonite pelvienne antérieure, agissant non pas en créant un un espace limité de tous côtés, la trompe est bien rarement tout à fait isolée du reste de la cavité abdominale, mais en ralentissant par des adhérences le cours du sang. L'hémorrhagie ralentie, des caillots se forment, autour des brides ces caillots deviennent à leur tour des centres de coagulation ; ils grossissent, se rapprochent et délimitent peu à peu une cavité communiquant encore au début avec l'abdomen

par des pertuis qui s'effacent ensuite, à mesure que le sang se coagule. Cette cavité close, ainsi constituée, oppose une certaine résistance au sang qui refoule ses parois dans le sens de la plus faible résistance, vers la cavité de Douglas, d'où le siège habituel de l'hématocèle rétro-utérine.

Nous voulons bien croire à cette coagulation oblitérante de Veit, dans un certain nombre de cas au moins, où l'on a constaté de très volumineuses hématocèles, développées brusquement après des signes évidents de rupture, mais il nous semble qu'une autre discussion surgit ici, et ne laisse pas que d'être embarrassante. Puisque la rupture d'une grossesse tubaire, au dire de Lawson Tait et comme nous espérons l'avoir montré, conduit très souvent et très rapidement à la mort, si l'on n'intervient pas, la théorie de Veit suffit-elle à expliquer ces cas où l'on a vu des hémorrhagies, relevant de la même cause, s'arrêter au contraire et les malades guérir spontanément ?

Nous venons de nous expliquer sur le rôle de ces adhérences protectrices, dont la fonction et la possibilité sont admises par tous, d'autant mieux que la salpingite, qui, pour Tait, est une des causes les plus évidentes de la grossesse ectopique, provoquerait facilement lesdites adhérences par inflammation de voisinage. Et l'on ne sépare guère aujourd'hui la pelvi-péritonite de lésions concomitantes ovaro-salpingiennes; — mais ne pourrait-on pas aussi formuler l'hypothèse très admissible que beaucoup de chirurgiens se sont trompés et ont pris pour des hématocèles intrapéritonéales des ruptures dans le ligament large? Nous verrons plus loin combien il est malaisé de distinguer si l'épanchement est intra ou sous-péritonéal. Cela est si vrai que, depuis Huguier, bien des discussions ont eu lieu à ce sujet, et que, dans beaucoup d'autopsies, un minutieux examen n'a souvent pu fournir de conclusion certaine. A plus forte raison, une intervention chirurgicale rapide comme la laparotomie, aveugle comme l'élytrotomie, ou un simple toucher vaginal, dans les cas de guérison, laisseront-ils place à l'erreur. On a bien parlé, nous le verrons, de différence dans la forme et le siège de l'épanchement, dans le déplacement de l'utérus. Ces signes n'ont pas si grande valeur, puisque des épanchements diagnostiqués intrapéritonéaux se sont trouvés dans le ligament large, à l'ouverture du ventre, et vice versâ. Donc l'erreur est possible; nous en avons

trouvé des exemples certains, et nous la croyons assez fréquente. Or si l'on songe que la rupture d'une grossesse tubaire, dans la cavité abdominale, s'accompagne très souvent de mort, que la même rupture dans le ligament large ne tue au contraire presque jamais et même jamais, au moins immédiatement, ne peut-on penser que bien des épanchements limités, survenus avec des signes de rupture, doivent être rangés parmi les enkystements sous-péritonéaux, les hématomes du ligament large?

De ce fait, les choses seraient bien simplifiées; partant, beaucoup plus vraisemblables et sans doute plus vraies.

Les hémorrhagies péri-utérines reconnaissent deux causes principales : la grossesse tubaire et les lésions inflammatoires des annexes. De celles-ci, relèvent ces épanchements progressifs, lents à se former, paresseux à disparaître, faits de néomembranes et de caillots, toujours enkystés, toujours ou petits ou de moyen volume. A celle-là, au contraire, il faut rapporter les hémorrhagies brusques, précédées de signes de grossesse et de crises dramatiques, uniques ou répétées. Dans ce cas, la rupture survient en deux endroits : 1° dans le péritoine, et alors, sauf exception, hémorrhagie abondante, continue, sans aucune tendance à l'arrêt et à l'enkystement, avec la mort rapide au bout; 2° dans l'épaisseur du ligament large, et alors après la crise, malgré la gravité apparente de l'ictus, les malades se remettent, tandis qu'un examen local révèle l'apparition rapide d'une tumeur pelvienne.

Quelle que soit la valeur de cette hypothèse, il nous resterait à examiner maintenant les lésions anatomiques de l'hématocèle-tumeur. Nous serons très bref et pour cause : elles sont trop et depuis trop longtemps décrites dans leurs gros détails pour que nous insistions sur ceux-ci; ce serait inutile redite. Et nous avons, ailleurs, déjà longuement parlé des points spéciaux : lésions de la trompe, présence de débris fœtaux, modifications de l'utérus, etc., que les recherches de ces dernières années ont bien mis en évidence. Nous renvoyons donc pour ceux-ci aux pages qui précèdent, et pour ceux-là aux classiques d'abord, puis aux chapitres excellents, que Pozzi et Segond viennent d'écrire.

— —

DEUXIÈME PARTIE

Traitement des hémorrhagies pelviennes intra-péritonéales.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Considérations préliminaires.

Dès longtemps déjà, on avait reconnu la gravité de la rupture dans les cas de grossesse tubaire, et songé à intervenir, mais toute tentative opératoire était alors tuée d'avance par la crainte du péritoine et l'incertitude de la technique. Levret avait proposé la laparotomie, c'était de sa part une proposition toute gratuite, car il la croyait impraticable; Osiander, Heim, plus tard Harbert, en 1849, à qui certains ont attribué à tort le mérite de la première opération, écrivirent aussi qu'il était rationnel d'ouvrir le ventre pour aller à la recherche de la source du sang. Toutes ces propositions d'intervention directe par l'abdomen demeurèrent sans réalisation.

Lorsque, vers cette époque, l'histoire de l'hématocèle péri-utérine se constitua peu à peu, on voulut, à la suite de Récamier, ouvrir le vagin par ponction et incision. Cette méthode ne s'attaquait pas à l'origine du mal, inconnue à cette époque, nous l'avons assez vu, mais à la lésion constituée, à l'épanchement qu'elle voulait, non pas prévenir, mais faire disparaître. On sait qu'à la suite d'insuccès répétés et d'accidents septiques très graves, qui ne sauraient nous étonner aujourd'hui, on finit par renoncer à cette intervention vaginale pourtant si timide. De l'incision à la ponction, de la ponction à l'expec-

tation et à la sangsue doublée de cataplasmes : telles furent les étapes du chemin parcouru à rebours, et l'on retomba pour longtemps dans cette inaction résignée qui laissait mourir les cas graves et se flattait de guérir les bénins. Ainsi tuaient les ruptures intra-péritonéales et les gros épanchements septiques, ainsi pardonnaient les tumeurs moindres, à résorption suffisamment rapide.

Ce fut seulement en 1866 que Stephens Rogers (1) de New-York, reprenant l'idée de Harbert, fit, au dire de Price (2), la première intervention abdominale. Et cependant Geyl (3) annonçait tout récemment que l'honneur en devait revenir à Cyprianus, professeur à l'Université frisonne de Franeker, qui, à la fin du XVII[e] siècle, fit la première laparotomie pour grossesse tubaire, et la fit même, détail plus curieux, dans la position déclive dite de Trendelenburg.

En 1872 (4), Keller dans sa thèse sur les grossesses extra-utérines, se prononçait formellement pour l'intervention ; en 1878, Parry se rangeait à son avis. Mais c'est à Lawson Tait que doit en toute justice revenir le mérite du mouvement actuel ; par ses nombreux succès, qui ont cependant rencontré des incrédules, par ses publications répétées, il a renouvelé la physionomie de la question, montré les liens étroits de l'hématocèle et de la grossesse tubaire, la source exacte de l'hémorrhagie et la conduite à suivre pour y mettre un terme. A sa suite, la laparotomie a conquis assez rapidement la faveur des chirurgiens, surtout à l'étranger.

En France, d'autre part, où l'on se refusait à intervenir dans les cas dits cataclysmiques, s'étudiait plus spécialement la question du traitement de l'hématocèle proprement dite. Et l'intervention vaginale, longtemps délaissée, reprenait peu à peu le terrain qu'elle n'eût jamais dû perdre. D'ailleurs les progrès de l'hystérectomie vaginale ne pouvaient que favoriser la renaissance d'une opération si logique, lorsqu'elle trouve son application exacte.

Le traitement opératoire de l'hématocèle a donc traversé des périodes distinctes. Avec Récamier, on intervient par le vagin contre la tumeur enkystée ; on y renonce bientôt sous l'impulsion de Mal-

(1) Rogers. *New-York medic. Record*, vol. II, p. 22.

(2) Price. *American Journal of obstetrics*, décembre 1892, p. 859.

(3) Geyl. *Assoc. obst. de la Haye. Nouv. Arch. d'obst. et de gynéc.*, avril 1894, p. 181.

(4) Keller. *Thèse Paris*, 1872.

gaigne et de Nonat, et jusqu'en 1870 environ, de la thérapeutique cette affection reste purement médicale.

C'est alors que Rogers et L. Tait commencent à s'attaquer par le ventre à l'hémorrhagie primitive, et la laparotomie se développe peu à peu, prétend même s'appliquer à tous les cas, jusques au moment où, sous l'impulsion de la chirurgie française, la voie vaginale revendique sa part dans les épanchements enkystés.

C'est dire déjà qu'à chacune des phases ou des formes du processus hémorrhagique appartiennent des indications distinctes, et nous sommes ainsi amené à dire quelques mots de la symptomatologie et du diagnostic.

Symptomatologie.

On comprend aisément combien peut varier le tableau clinique, suivant que l'hémorrhagie est due à une rupture ou à une salpingo-ovarite simple. Dans la première, accidents brusques et terribles ; dans la deuxième, poussées péritonéales d'intensité variable, sans l'aspect dramatique de celle-là.

A. — *Lorsqu'il s'agit de grossesse tubaire*, les signes précurseurs sont des plus incertains. Troubles menstruels : dysménorrhée, aménorrhée, ménorrhagies, métrorrhagies, modifications des seins, des fonctions digestives, légère augmentation du ventre. Voici pour les cas où l'attention de la malade, partant celle du médecin, peut être mise en éveil. Et encore la femme se croit-elle souvent normalement enceinte, encore faut-il l'apparition d'un symptôme insolite, douleurs ou pertes, pour qu'elle vienne réclamer un examen local, qui seul permet de prévoir et de prévenir les accidents.

Mais souvent, rien ne vient troubler la quiétude de la malade et de son entourage jusqu'au jour où, sous l'influence d'une fatigue, d'une émotion, du retour d'une période menstruelle, éclate la crise.

Elle peut alors revêtir plusieurs types :

a) Ce sont les phénomènes réflexes qui l'emportent : douleurs abdominales suraiguës, vomissements alimentaires et bilieux, refroidissement général, petitesse du pouls, accompagnés souvent de diarrhée et de ténesme rectal, et l'on songe alors à un *empoisonnement*

grave; tels sont les cas de Duverney, Pauli, Saint-Moressy, Fauvel, Albu, Gray, Fuchs (1), etc., et c'est ce qui explique comment Formad, Brouardel ont dû, en pareil cas, faire une expertise médico-légale. Ailleurs, les accidents revêtent la forme d'une péritonite suraiguë par *perforation intestinale* ou *étranglement interne* (observations de Béhier (2), Broese (3), Stocker (4), Littauer (5), Wegener (6), Schrœder (7), Boland (8). Parfois ils s'accompagnent d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, et simulent *une appendicite* (observations de Cabot (9), Fanny Berlin (10), Worcester (11), Barker (12), Engelmann (13), et un cas personnel). On a cité des faits où le siège de la douleur fait croire à une *colique hépatique* (14) et la malade meurt avant que l'erreur ait pu être relevée. L'observation de Fauvel est bien curieuse à ce point de vue : trois médecins appelés auprès de la même malade portèrent chacun un diagnostic différent : le premier parla d'une congestion cérébrale et fit une saignée, le deuxième crut à une attaque de choléra sporadique et le troisième à un empoisonnement. Il s'agissait, en réalité, d'une grossesse tubaire rompue, ce que l'autopsie démontra le lendemain.

Dans toutes ces occurrences, ce sont, comme nous l'avons dit plus haut, les phénomènes intestinaux et douloureux qui l'emportent et qui égarent le diagnostic.

b) Plus souvent, au contraire, se montrent des signes d'hémorrhagie interne violente : pâleur, horripilations, petitesse du pouls, refroidissement de la température qui peut tomber à 35°, nausées, vertiges, bourdonnements et syncopes. Le siège anormal de la douleur au creux épigastrique peut faire alors songer à la *perforation d'un ulcère rond* de l'estomac. Ailleurs, la douleur et l'existence d'une tumeur assez volumineuse dans le bas-ventre fait croire à une *torsion du pédicule* d'un kyste de l'ovaire. Richardson (15) et Stevenson (16) en ont cité des cas. Edis (17), Ross, Bouilly

(1) Rapportées plus haut. Observ. de rupture avec mort.
(2-6) In thèse de GAUTHIER.
(7) SCHRŒDER, in HOFMEIER. *Ann. gynéc.*, 1885.
(8-11) *Boston medical*, 1893.
(12) BARKER. *Soc clin. de Londres*, 22 février 1893.
(13) *American Journal of obstetrics*, 1893.
(14) OEDHAM. *Americ. Journ. of obstetrics*, juin 1894, p. 777.
(15) RICHARDSON. *British medical*, 1893.
(16) STEVENSON. *Americ. Journ. of obstetrics*, janvier 1894.
(17) EDIS. *British medical Journ.*, 1892.

ont insisté sur ce point. Worcester (*Boston medical*, 1893) a cité un exemple inverse : kyste ovarique tordu simulant une rupture de grossesse tubaire, avec douleurs, pertes, etc.

L'hémorrhagie peut, d'autre part, *provenir d'un autre organe* et simuler alors à son tour la rupture.

Gallard a cité une erreur causée par un sarcome hématode de l'ovaire ; Playfair (1), par un carcinome pelvien ; Tilt (2), par un anévrysme iliaque, Whitney, (3) par une rupture du pancréas chez une femme de 32 ans.

On comprend combien il est facile de se tromper en pareil cas, si la femme ignore qu'elle est enceinte, ou si, comme il arrive fréquemment, elle nie toute possibilité de l'être. Les observations sont nombreuses où les protestations indignées de veuves incorrectes, les dénégations formelles de demi-vierges ont égaré le diagnostic. Ingraham, Le Dentu, Allen, Mashka ont donné la preuve qu'il ne faut tenir aucun compte des renseignements négatifs fournis sur ce point, par les intéressées.

Quelle que soit la physionomie du tableau clinique, vient-on à pratiquer le toucher, on ne sentira rien le plus souvent. Vague empâtement des culs-de-sac, masse liquide fuyant le doigt, déplacement léger ou nul de l'utérus, au col entr'ouvert et ramolli, matité à la percussion dans les grands épanchements, voilà tout ce que révèlera seulement un examen difficile sur un ventre très douloureux et ordinairement ballonné. Il faut, pour que les signes physiques se dessinent bien, que l'enkystement se forme, et souvent il fait défaut.

La malade peut mourir dans l'intervalle, rapidement parfois, presque soudainement même ; — on cite des cas où une demi-heure, une heure, ont suffi ; — cela est rare et les malades résistent d'habitude un ou quelques jours. Elles peuvent guérir, si la crise est unique ; cas de rupture avec détachement complet de l'œuf ou du placenta, ou avec barrière d'adhérences. Elles meurent souvent à la suite d'une deuxième ou d'une troisième crise. Le fait d'ictus répétés à intervalles variables serait, pour quelques-uns, la marque presque certaine d'un avortement tubaire. Nous avons vu que Bland Sutton

(1) PLAYFAIR. *Soc. obstétric. de Londres*, 9 janvier 1884.
(2) TILT. *Diseases of Women*, Londres 1853.
(3) WHITNEY. *Boston medical*, 1894, p. 379.

fait de cet accident, avec rétention complète ou partielle de l'œuf dans la trompe, la cause la plus fréquente de ces hémorrhagies récurrentes qui ne pardonnent pas, si l'on n'intervient pas à temps, et tuent presque sûrement les malades que l'on croyait déjà à peu près hors d'affaire.

Si elles ne succombent pas, et si l'épanchement s'enkyste, on voit apparaître les signes de la réaction péritonéale, fièvre, frissons, douleurs, qui n'est jamais bien vive d'ailleurs. C'est alors que la tumeur proprement dite se montre autour de l'utérus, avec ses traits caractéristiques, distendant les culs-de-sac, comprimant le rectum, la vessie, parfois les uretères, déplaçant l'utérus en avant, l'englobant en certains cas, dans d'autres enfin occupant un siège anormal en avant ou au-dessus de l'organe.

Puis l'épanchement se résorbe, souvent avec une désespérante lenteur, ou s'infecte par les organes de voisinage, intestins et rectum, par le conduit vagino-utérin, par le fait d'une salpingite antérieure. Alors la fièvre, les frissons, les élancements révèlent la suppuration de la masse qui se ramollit et s'ouvre dans le vagin, le rectum, la vessie, etc., la malade guérit si la poche se vide bien ; elle se cachectise et meurt, dans le cas contraire.

Tels sont les traits principaux des hémorrhagies et de l'hématocèle par grossesse tubaire; nous les résumons à nouveau. Absence ou constatation de signes de grossesse anormale; crise brusque, dramatique, souvent terrible, dont la répétition indique un avortement tubaire. Mort rapide par anémie aiguë ou progressive, et alors pas d'enkystement et très peu de signes physiques. Survie, et alors apparition de l'hématocèle-tumeur qui se résorbe, se maintient ou suppure, avec chances de mort plus lente par cachexie ou par accidents septiques.

B. — Lorsque l'on a, au contraire, affaire non plus à une grossesse tubaire, mais à *une salpingo-ovarite*, les symptômes diffèrent essentiellement. Ici plus de crises cataclysmiques, plus de syncopes, plus de ces morts terribles. L'hématocèle ainsi constituée, débute insidieuse, sournoise, sans grand fracas. Ce ne sont pas les signes de l'hémorrhagie qui dominent, mais bien ceux de la réaction péritonéale : la fièvre, les frissons, les vomissements bilieux; non plus la douleur atroce de la rupture, mais la sensibilité exquise de l'abdo-

men à la pression avec élancements profonds dans le bassin. Ici, dès le début, l'examen local sera positif; le col ne sera plus ni mou, ni entr'ouvert. L'utérus peu augmenté de volume sera fixé et sa mobilisation douloureuse, tandis que les culs-de-sac d'un côté surtout, seront occupés par une masse ferme, sensible, que l'on pourra suivre vers les annexes malades englobées le plus souvent par elle. C'est dans ce cas que la pelvi-péritonite séreuse de Bernutz pourra secondairement jouer son rôle et déterminer un épanchement séro-purulent, à côté des dépôts sanguins primitifs. Ajoutons que là aussi les congestions menstruelles joueront leur rôle et pourront causer des aggravations passagères. Mais le pronostic dans cette catégorie de faits est toujours plus bénin.

Diagnostic.

Revenons sur nos pas pour envisager les conditions principales dans lesquelles le chirurgien est appelé à formuler son diagnostic, et prenons d'abord le cas d'une grossesse tubaire. Alors deux périodes, la rupture est faite ou elle ne l'est pas.

A. — *Avant la rupture*, le diagnostic de grossesse tubaire est-il possible ? La question a été ardemment discutée. Lawson Tait, Prior (1), Reynolds (2) le croient impossible le plus souvent, d'autant plus que les femmes ne réclament pas d'examen, sauf complications, et les accidents éclatent brusquement. J. Ross (3), Aveling, Barnes prétendent au contraire que le diagnostic peut et doit être fait ; on le fait même souvent, mais on ne peut l'affirmer qu'après ouverture du ventre. Et Ross avoue d'ailleurs qu'il a fait trois erreurs sur trois essais. Kelly, Skene, Wilson, Jaggard (4) disent qu'il est possible le plus souvent. Plus éclectiques, Baldy, Maun, Thomas, Rice, Coë, Hirst, Johnstone (5) divisent les faits en trois catégories : ceux où il est facile, ceux où il est douteux, ceux où il est impossible.

En pareil cas, le diagnostic se fonde sur la présence inconstante des signes rationnels de la grossesse au début, sur les troubles mens-

(1-2) *Boston medical*, 1893.
(3) Ross. *American Journ. of obst.*, janvier 1893.
(4-5) *Boston medical*, 1893.

truels, l'existence d'une période de fécondité suivie de stérilité, après fausses couches réelles ou supposées. A l'examen, coloration violacée du vagin sur laquelle insistent Ross et Pichevin, col mou, élargi ; utérus dévié et, à son voisinage, sur un des côtés, tumeur tubaire, noueuse, ronde, résistante, libre Horrocks (1) insiste sur ce fait que la tumeur est souvent *pulsatile*, et en cite des observations. Meek (2) a vu dans un cas la tumeur non seulement pulsatile, mais offrant, lorsqu'on la saisissait entre la main abdominale et le doigt vaginal, des *sensations de contractions intermittentes* bien nettes, pareilles à celles d'un utérus gravide. Sidney Turner (3) attache dans le diagnostic de la grossesse tubaire une très grande importance aux contractions rythmiques de l'utérus lui-même. Boisleux (4) classe les signes de la grossesse ectopique en deux groupes : signes communs (à la grossesse vraie et à la grossesse tubaire), tels les vomissements, les modifications des seins, la suppression des règles qui, dans ce cas cependant, reparaissent parfois après un ou deux mois ; et signes particuliers : pertes parfois abondantes ; utérus souvent petit, non ramolli, pourvu d'une muqueuse déciduale importante. (Il insiste à ce sujet sur la nécessité d'un curettage qui permettra de reconnaître : l'hypertrophie des cellules épithéliales cylindriques des glandes, celle des cellules rondes et fusiformes du tissu sous-muqueux, caractérisée par une augmentation du corps de la cellule tandis que le noyau reste stationnaire), tumeur latérale, plus accessible qu'une trompe ordinaire, élastique, résistante, avec battements. Enfin, il attache une grande importance à l'existence de douleurs violentes dans le pli de l'aine et la cuisse correspondant à la tumeur, douleurs qui, chez une de ces malades, lui firent avec raison soupçonner deux grossesses tubaires successives, l'une à droite, la seconde à gauche.

Quelle que soit la valeur de ces signes, on ne saurait méconnaître que le diagnostic de grossesse tubaire est rarement fait à cette époque parce qu'il est malaisé, parce que les malades ne viennent pas le réclamer, ignorantes de leur mal, parce que, si elles viennent, la confusion est facile avec une *grossesse vraie* s'il n'y a pas de tumeur

(1) Horrocks. *American Journ. of obst.*, janvier 1894.

(2) Meek. *Ibidem.*

(3) Sidney Turner. *Ibidem.*

(4) Boisleux. *Annales de la Soc. obstétricale de France*, 22 avril 1892.

appréciable; avec un *pyosalpinx*, un *petit kyste de l'ovaire* ou du *ligament large*, un *petit fibrome pédiculé*, un *utérus double*, dans le cas contraire. Il est possible cependant et nous n'en voulons pour preuve que les observations rapportés plus loin, où l'on est intervenu avec succès.

B. — *Après une rupture incomptète*, au contraire, la malade mise en éveil par sa crise douloureuse, demande un examen et la question de diagnostic devient plus pratique. Elle repose d'ailleurs sur les signes que nous venons d'étudier plus haut ; il faut y joindre les symptômes d'hémorrhagie interne si elle a été notable, l'expulsion de la caduque utérine, si le fœtus est mort, et la crise douloureuse. L'apparition d'une douleur subite chez une femme bien portante jusque-là, mais stérile, douleur à caractère excruciant, aurait une certaine valeur.

Dans ces cas de rupture incomplète, où les phénomènes dramatiques sont souvent peu intenses, et où la lésion ne se traduit souvent que par des douleurs simulant les douleurs de l'accouchement, des pertes et l'expulsion d'une caduque utérine prise souvent pour un œuf, le tout chez une femme qui présente souvent des signes de grossesse, on voit combien il est facile de penser à une vraie fausse couche. La malade y croit toujours, la sage-femme et le médecin bien souvent. Nous avons déjà insisté dans le cours de ce travail sur l'erreur que cette caduque faisait commettre, et montré des observations certaines où la grossesse tubaire avait été méconnue. Turgard (1) voit une femme qui, après une aménorrhée de deux mois, est prise de douleurs expultrices avec métrorrhagie et rejet par le vagin de deux corps, pris par la sage-femme pour « deux germes ». On conclut à une fausse couche de six semaines. C'était un cas d'hématocèle type, comme l'élytrotomie vint le montrer quelques jours plus tard. Segond (2) a rapporté un fait à superposer au précédent. Pinard (3) a cité une observation plus curieuse encore, que nous avons reproduite plus haut. La sage-femme, très experte pourtant, appelée à constater la fausse couche supposée, examina les produits expulsés par le vagin et y reconnut « une caduque complète, sans

(1) TURGARD. *Annal. de gynéc.*, 1886.
(2) SEGOND. *Clinique de la Charité*, 5 octobre 1887.
(3) PINARD. *Annal. de gynéc.*, 1892.

embryon, qui reproduisait à merveille le moule de la cavité utérine. La sage-femme n'avait jamais vu, dit-elle, « de délivrance aussi bien formée dans un avortement ». C'était une rupture incomplète de grossesse tubaire, qui fut laparotomisée dans les mois qui suivirent. La malade de Oui (1) avait, à notre avis, fait non pas une fausse couche, mais une rupture incomplète, ou une rupture dans le ligament large. Les deux premières observations du mémoire de J. Besnier sur la pachy-péritonite, dans lesquelles l'auteur aurait conclu à une grossesse ectopique.sans la caduque constatée par les médecins, sont aussi des exemples de rupture ; les médecins, qui examinèrent la caduque et diagnostiquèrent par là fausse-couche, se trompèrent; bien d'autres ont commis cette erreur. Rappelons enfin que Bernutz, dans sa clinique, au nombre de huit variétés d'hématocèle, décrit dans le septième groupe les hématocèles par avortement. L'observation XIV, qu'il citeà ce propos, est encore un exemple de rupture incomplète, et le septième groupe de Bernutz doit cesser d'exister.

Il faut donc tenir ces prétendues fausses couches pour suspectes, et cela d'autant plus que peut survenir bientôt après une deuxième crise, plus grave, la rupture complète.

C. — *Après rupture complète.* Les conditions sont toutes différentes. Maintes fois l'erreur a été commise au préjudice de la malade, et nous avons vu incriminer un empoisonnement, une perforation intestinale, une occlusion suraiguë, une appendicite, une colique hépatique, une perforation par ulcère de l'estomac, une attaque de choléra.... Nous-même avons été coupable; nous nous tenons pour averti et disons que ces fautes d'hier ne se doivent plus commettre demain, même dans les cas atypiques, car il faut y songer toujours. On ignorait autrefois la question, on la connait maintenant, on sait combien le cas est fréquent et combien il est grave. Aussi ne pouvons-nous pas souscrire à la proposition d'Hamilton (2) : « Si la femme, dit-il, est d'âge à rendre probable l'existence d'une grossesse, et qu'elle ait des douleurs abdominales avec tendances à la syncope et au collapsus, on doit, avant tout examen local, penser à : 1° colique hépatique; 2° colique néphrétique; 3° ulcère de l'estomac avec perforation ; 4° grossesse tubaire avec rupture... » Nous retournerons

(1) Oui. *Arch. de tocol.*, 1891.
(2) Hamilton. *New-York medical Journal,* février 1890.

les termes et dirons qu'il faut, au contraire, songer d'abord à la rupture, à la perforation, puis aux coliques, et nous le dirons avec raison, car la rupture est bien plus fréquente que la perforation par ulcère, car il vaudrait mieux en l'espèce faire une laparotomie inutile (elle servirait d'ailleurs s'il y avait perforation) que laisser la malade mourir de son hémorrhagie. Penser d'abord aux choses graves et susceptibles d'une intervention chirurgicale heureuse. Reynolds (1) nous paraît s'exprimer parfaitement, lorsqu'il dit : « Quand un chirurgien d'aujourd'hui est appelé pour un cas d'hémorrhagie interne, chez une femme ayant souffert et exposée à la fécondation, la rupture d'une trompe gravide doit être sa première pensée, et il doit agir lui-même immédiatement ou trouver quelqu'un pour agir ou prendre toute la responsabilité du traitement. » J. Ross insiste alors sur les caractères particuliers de la douleur soudaine, violente, atroce, excruciante, accompagnée d'une *sensation de rupture* très nette plusieurs fois constatée. Cette douleur excruciante ne se rencontre pas lorsque la trompe est pleine de sérosité ou de pus. Quelques malades ont perçu la sensation d'un épanchement liquide et chaud, dans l'abdomen. Ajoutons à cela le refroidissement, la syncope, le collapsus. Les signes physiques sont, nous l'avons vu, nuls ou peu marqués. On peut trouver parfois une trompe augmentée de volume et de la fluctuation dans le Douglas, plus rarement, une tumeur proprement dite.

Le diagnostic d'hémorrhagie par rupture fait, une autre question surgit aussitôt. Y aura-t-il oui ou non enkystement et stase spontanée ? On comprend son importance. Il est malheureusement impossible de répondre autrement qu'avec des statistiques, car rien ne peut indiquer ce mode de terminaison. Le Dentu a conté l'histoire d'un malade exsangue, dont l'épanchement remontait jusqu'à l'ombilic, et finit cependant par s'arrêter spontanément. D'autre part, on pourrait citer plus d'exemples inverses, où après un semblant de pause, l'hémorrhagie repart de plus belle et entraîne la mort; aussi ne faut-il pas se fier à l'existence de quelques caillots dans le Douglas pour espérer l'enkystement; on serait fréquemment déçu. Nous l'avons déjà dit, l'enkystement constant dans les hématocèles par salpingo-ovarite manque, le plus souvent, dans les ruptures vraies, à grand fracas, et la mort arrive, si l'on n'intervient pas. Parry, sur 174 cas de rupture, n'a pu relever aucune guérison ; Binaud, sur 59 observations, a trouvé 14 cas seulement où l'enkys-

(1) Reynolds. *Boston medical Journal*, 1893.

tement existait à des degrés divers, et comme la plupart de ces malades ont été opérées, on ne peut savoir si cet enkystement eût suffi dans tous les cas à préserver les malades d'une seconde poussée hémorrhagique. Nous-même avons pu trouver seulement 19 cas de guérison spontanée dans les faits de rupture *supposée*, tandis que 66 succombaient sans enkystement, et, nous l'avons fait observer, il n'est pas sûr que parmi ces 19 cas, certains ne se rapportent pas à des ruptures dans le ligament large, où la survie est de règle.

On peut donc diagnostiquer la rupture, on ne peut prévoir l'enkystement. Ce sont là des raisons bien fortes, pour légitimer la conduite de Lawson Tait, trop tardive et trop pressée pour quelques-uns. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

D. — *Après enkystement.* Reste maintenant le cas soit d'une hémorrhagie primitive, secondairement enkystée, soit d'une hématocèle par salpingo-ovarite, accompagnée de poussées péritonéales, et dans lequel le toucher révèle une masse de volume variable, parfois de volume progressif, située autour ou au voisinage de l'utérus, qu'elle refoule du côté opposé. Les anciens auteurs ont insisté sur la possibilité d'une erreur avec la *pelvi-péritonite*, le *phlegmon péri-utérin;* mais on sait que l'épanchement sanguin est dans ce cas cause et effet de réactions péritonéales; la distinction n'a dès lors qu'une importance secondaire. Il y aurait plus de raisons pour différencier de l'hématocèle-tumeur, un *utérus gravide rétrofléchi:* signes de grossesse souvent dans les deux cas et tumeur ayant même siège. Pour Pozzi, c'est la recherche du corps utérin, enchâssé au centre de la tumeur dans l'hématocèle, qui permettra d'éviter les méprises. Nous parlons à peine des *fibromes enclavés* dont la physionomie clinique et l'évolution diffèrent essentiellement.

Il est beaucoup plus malaisé de différencier l'hématocèle intra-péritonéale de l'hématocèle extrapéritonéale, ou hématome de certains auteurs, des Allemands en particulier. On a dit que, dans le dernier cas, l'épanchement était surtout latéral et qu'on ne trouvait rien en arrière de l'utérus, que la réaction péritonéale était moins accusée, la sensibilité de la tumeur moins grande. L'utérus, médian et englobé dans l'épanchement lorsque celui-ci est intrapéritonéal, serait au contraire refoulé latéralement dans l'hématome. Lawson Tait (1) a insisté sur les caractères de la tumeur: dans l'hématome elle affecterait la forme d'une voûte, convexe en haut, concave

(1) L. Tait. *Lectures on ectopic*, p. 33, et *Congrès de Bruxelles*, 1892.

par sa face inférieure, dont les extrémités reposeraient sur les côtés du bassin ainsi que les flancs d'une cathédrale gothique s'appuient sur les contreforts qui les supportent. Au lieu de siéger comme dans l'hématocèle au-dessus du détroit supérieur, elle reposerait sur les parois osseuses du bassin.

Le diagnostic de ces deux variétés n'en reste pas moins souvent très difficile, et nous avons déjà montré comment des erreurs fréquentes ont dû être commises. Nous verrons plus loin qu'elles ne sauraient entraîner des conséquences opératoires graves, les indications restant les mêmes toutes les fois qu'il y a tumeur sanguine enkystée à prédominance vaginale.

CHAPITRE II

Des indications opératoires dans les hémorrhagies péri-utérines.

Avant, pendant, après les accidents, voici les trois conditions où l'on peut intervenir; par le ventre ou par le vagin, voici les deux voies.

Mais faut-il toujours intervenir? La discussion, à ce sujet, est loin d'être close, chacun vante sa méthode et ses résultats, le tout avec une certaine confusion. Nous croyons qu'il est bon de distinguer et nous étudierons les indications opératoires suivant les périodes que nous avons déjà marquées au chapitre du diagnostic.

A. *Avant la rupture.* — Lorsque le diagnostic de grossesse tubaire est posé, je crois que l'accord est fait sur ce point. La grossesse ectopique expose la femme à des dangers constants; elle se rompt pratiquement toujours entre le deuxième et le quatrième mois. (Nous avons vu que Lugeot a pu rassembler seulement 26 cas, où la grossesse *paraissait* avoir été jusque auprès du terme, sans éclatement de la trompe), et lorsque surgissent les accidents, ils peuvent être, ils sont ordinairement terribles. La malade, survit-elle d'ailleurs aux premières crises, peut succomber à des accidents secondaires : suppuration pelvienne, fistules, compressions du rectum, des uretères, etc..., nous y reviendrons plus loin.

D'autre part, la technique opératoire de l'intervention dans la grossesse ectopique, lorsque l'enfant est viable, est encore à perfectionner; les dernières statistiques d'Orrillard (1) accusent, dans ce cas, 46 p. 100 de mort pour la mère, même après mort du fœtus, et ces statistiques accusaient en 1886 avec Maygrier (2) 88,3 p. 100 de mortalité, en 1887 avec Harris (3) 83,3 p. 100; nous comprendrons

(1) Orrillard. Th. Paris, 1894.
(2) Maygrier. Thèse d'agrégation, 1886.
(3) Harris. *Americ. Journ. of obst.*, novembre 1887.

alors facilement que l'on doive s'attaquer à la grossesse tubaire, lorsqu'elle est reconnue à ses débuts. Là-dessus, l'opinion est unanime.

Wœrth (1) considère la grossesse ectopique comme une tumeur maligne; Le Dentu (2) la regarde comme une tumeur abdominale justiciable de l'intervention radicale et commandant l'extirpation par la laparotomie.

Martin, au Congrès de Bruxelles, a déclaré que c'était un néoplasme dangereux. On s'entend un peu moins ou plutôt, on s'entend moins sur le mode d'intervention. Les injections de morphine, l'électricité ont encore leurs partisans, plus rares cependant tous les jours. On a fait observer que l'intervention chirurgicale est alors chose si bénigne, qu'on doit la préférer à ses rivales. De fait, la morphine a pu causer des accidents sérieux en certains cas, l'électricité est inconstante comme la morphine dans ses effets; elle a provoqué souvent des réactions péritonéales et des suppurations dangereuses. Enfin, certains lui reprochent de favoriser la rupture du kyste fœtal; et l'on a cité des observations à l'appui. Au contraire, l'intervention radicale éloigne ces possibilités. Nous croyons ici que l'extirpation de la trompe gravide par l'incision du cul-de-sac postérieur doit être l'exception; on ne peut y songer que si la tumeur proémine de ce côté et s'offre pour ainsi dire au bistouri. La laparotomie précoce, voilà la véritable intervention pour la grossesse ectopique au début. Elle est alors si simple dans sa technique, si certaine dans ses résultats, qu'on ne doit plus hésiter en sa faveur. Les statistiques viennent le prouver. Sur 42 laparotomies pour grossesse tubaire non rompue que nous avons pu relever, il n'y a eu que 2 décès, contre 39 guérisons. Pour Worcester (3), cette opération est d'ailleurs logique; il faut imiter la nature qui expulse elle-même et de bonne heure les produits de conception anormalement placés, cela par la laparotomie. Strong (4), Winter (5), Hoffmann (6) sont partisans résolus de la laparotomie; Frommel (7) est pour l'extirpation radicale du fœtus et du sac aussitôt qu'on les a découverts. Wyder (8), qui considère

(1) Wœrth. *Behandlung der extra-uterin. Schwangerschaft*, 1887.
(2) Le Dentu. *Gaz. méd. de Paris*, mars 1891.
(3) Worcester. *Boston medical*, 1893.
(4) Strong. *Ibidem*.
(5) Winter. *Americ. Journ. of obst.*, 1852, p. 35.
(6) Hoffman. *Ibidem*, p. 515.
(7) Frommel. *Münchener med. Woch.*, 1892, n° 1.
(8) Wyder. *Arch. f. Gyn.*, Band LXI, Hft 1-2.

lui aussi la grossesse tubaire comme une tumeur maligne, est également pour l'intervention hardie. Ross (1) repousse formellement les moyens non chirurgicaux : ponction, morphine, électricité. A cela plusieurs raisons : d'abord, le diagnostic de grossesse tubaire ne peut être jamais affirmé avant l'ouverture du ventre ; l'on s'expose alors, si l'on tombe sur un pyosalpinx, à provoquer par l'électricité et la ponction des accidents graves, qu'une laparotomie eût permis d'éviter ; puis aucun des moyens accessoires n'a fait encore ses preuves certaines, au contraire. Grandin (2) n'a-t-il pas cité l'observation d'une femme de 28 ans, chez laquelle une aménorrhée de six semaines, des crises douloureuses avec pertes, une augmentation de la trompe droite, la présence de débris déciduaux dans l'utérus après curettage, avaient fait conclure à une grossesse tubaire de six semaines. On commence le traitement électrique le 1er août ; le 11, une crise très grave se produit avec signes de rupture, et l'on est obligé de prendre le bistouri, pour faire d'ailleurs une mauvaise opération, l'incision vaginale, avec tamponnement, qui ne s'opposa nullement à une nouvelle hémorrhagie, le 2 septembre. L'électricité a-t-elle été cause de rupture ? Grandin essaie de la défendre ; pour lui, on n'avait pas mesuré avec assez de précision l'intensité du courant qui a dû être trop fort. Il conclut par un ordre du jour de confiance en l'électricité, que, pour notre part, nous ne partageons pas. Au risque de nous répéter, nous dirons avec Reynolds (3) que l'électricité trouverait seulement une indication, lorsque le diagnostic est évident, avant la douzième semaine, et lorsqu'on est sûr qu'il n'y a pas de pus. C'est dire combien l'emploi doit en être restreint ; car : 1° elle ne permet pas de lever les doutes du diagnostic ; 2° elle est certainement moins efficace, et l'on a vu des grossesses continuer malgré son emploi ; 3° en agissant au mieux, elle éloigne seulement le danger immédiat, mais laisse la femme encore exposée aux risques d'abcès pelviens, de salpingite chronique, et de récidive de grossesse tubaire. Malgré Byford (4), malgré Elliot (5) qui, en faveur de l'expectation, a cité trois cas de grossesse tubaire terminée par une grossesse utérine vraie, où le fœtus avait glissé de la trompe dans l'utérus, malgré Grandin (6) qui attribue la même migration

(1) Ross. *Amer. Journ. of obst.*, 1893, p. 1.
(2) Grandin. *Amer. J. of obst.*, 1852, p. 27.
(3) Reynolds. *Boston medical J.*, 1893.
(4) Byford. *Amer. Journ. of obst.*, 1892, p. 77.
(5) Elliot. *Boston medical*, 1893.
(6) Grandin. *Loc. cit.*

tubo-utérine à l'électricité, dans un cas personnel et chez trois malades de Mundé, Garrigues, et d'Emmet, nous dirons que lorsqu'on fait le diagnostic probable de grossesse tubaire dans le courant des deux premiers mois, il faut sans hésiter y mettre terme par une laparotomie qui se fera dans les meilleures conditions de réussite. Une erreur de diagnostic, si elle était commise, profiterait d'ailleurs aussi de cette intervention.

L'hésitation n'est donc plus permise.

B. *Après rupture.* — Les avis sont beaucoup plus partagés, car l'on est souvent retenu vers l'expectation, par deux raisons contraires cependant. Si l'on se trouve en présence d'une hémorrhagie cataclysmique, si la femme est profondément anémiée, pâle, froide, le pouls incomptable, on aura peur d'ajouter au choc de la rupture, l'influence dépressive d'une opération grave. Le Dentu (1) a insisté sur ce point « ... quelques chirurgiens conseillent sans retard d'ouvrir le ventre et de nettoyer la cavité péritonéale. Or, je prétends que la mort n'est point fatale à la suite des accidents, en apparence si formidables, qui marquent le début de l'hématocèle ; j'ai enlevé récemment les annexes de l'utérus à une dame qui, dix ans auparavant, avait eu une hémorrhagie pelvienne considérable, accompagnée d'accidents généraux tels que j'ai failli, à une époque où cependant l'ouverture du péritoine était encore bien redoutée, pratiquer l'opération. Elle aurait probablement alors succombé à la laparotomie et il ne me paraît pas certain que, de nos jours, malgré tous les progrès accomplis depuis lors, une malade se trouvant dans les mêmes conditions résisterait sûrement à une aussi grave intervention. Il ne s'agit point ici d'une laparotomie vulgaire ; vous opérez une femme anémiée, sans forces, en pleine période de choc péritonéal ; les conditions sont détestables... », et c'est pour cela que Maury (2), Wylie (3), Byrne (4), Lee (5) attendent pour opérer que le choc se soit un peu dissipé.

D'autre part, si la malade va relativement bien, si l'hémorrhagie n'a pas été trop considérable, on espère toujours que l'enkystement ou la coagulation de l'épanchement vont se produire et permettre d'éviter au moins immédiatement une laparotomie. Et l'on cite, à ce sujet, des cas graves, désespérés, qui se sont terminés heureusement,

(1) LE DENTU. *Gaz. méd. de Paris,* 7 mars 1891.
(2) MAURY (de Memphis). *Soc. gyn. amér.*, 2 octobre 1884.
(3-4-5) *Soc. obst. de New-York*, octobre 1888.

sans intervention aucune ou après une intervention secondaire moins périlleuse.

Les partisans de l'expectation arguent donc des deux états extrêmes : si le cas est grave, n'opérez pas la malade, votre intervention l'achèverait; si le cas est bénin, n'opérez pas davantage, la malade guérira toute seule. Inutile ici, dangereuse là, toute intervention doit être abandonnée. Mandelstam (1) sur 11 cas en a vu 7 guérir par l'expectation ; Barnes, Werth, Johnson (2) et la majorité de la Société gynécologique de Washington, Morrill (3), Mac Lean (4), Coe (5), Goyder (6), sont d'avis d'attendre. Byford (7) ne voit pas comment une femme peut mourir d'hémorrhagie par rupture, même intrapéritonéale; pour lui l'hémostase se fait toujours et rapidement. Robinson (8), Neumann (9), estimant que la laparotomie est une opération grave, demandant beaucoup d'habileté, sont pour l'expectation. A cette liste, il est inutile d'ajouter les noms de tous les auteurs classiques, qui, avant 1870, ne songent même pas à la possibilité d'une intervention immédiate.

Écoutons maintenant le camp adverse, la gauche intransigeante. C'est d'abord son leader, Lawson Tait (10), qui déclare toute hésitation coupable. Il faut ouvrir le ventre toujours et tout de suite. L'hémorrhagie est fatale si on n'intervient pas. Il a vu lui-même 80 cas de rupture intrapéritonéale, et tous se sont terminés par la mort sauf ceux où l'on ouvrit le ventre sans délai; — les ruptures intrapéritonéales sont toujours fatales; — une seule de ses malades parut s'en tirer et il fallut cependant intervenir quelque temps après. « Le gros empêchement à l'adoption du traitement chirurgical d'urgence, est dans l'incertitude du diagnostic; cette sentence a été reproduite par presque tous les écrivains de chirurgie abdominale jusqu'en 1878, et continue encore, pour beaucoup, à résister à mes succès. Je lui ai cependant dès longtemps rogné les ailes, et quand je trouve ma malade en danger de mort dans des conditions où l'abdomen ne me semble pas renfermer de tumeur maligne, mais où un diagnostic ferme est impossible, j'ouvre l'abdomen et fais à la fois le diagnostic certain et le traitement convenable... Le résultat en a

(1) Mandelstam. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, p. 25.
(2) Johnson. *Société gynécologique de Washington*, 1885.
(3-4-5) *Société obstétricale de New-York*, octobre 1888.
(6) Goyder. *British medical*, 16 avril 1892.
(7) Byford. *Amer. Journ. of obst.*, 1892, p. 77.
(8-9) *Ibidem.*
(10) Lawson Tait. *Lect. on ectopic*, p. 31.

été un immense progrès dans la chirurgie abdominale, obtenu seulement après une l tte sérieuse contre l'autorité des aînés qui soutenaient que l'abdomen était une région où les règles de la chirurgie ordinaire ne pouvaient pénétrer.... » Et, plus loin, insistant sur la nécessité de la laparotomie exploratrice, et des incisions exploratrices en général, il cite ironiquement l'exemple d'un chirurgien, aujourd'hui baronnet et pensionné, qui extirpa, pour une prétendue tumeur, une mamelle pleine d'un pus louable qu'une incision préalable eût fait reconnaître, l'exemple aussi d'une amputation de cuisse pour un simple séquestre du genou, qu'une exploration préliminaire eût permis d'enlever en épargnant le membre. Revenant ensuite à la nécessité d'une intervention rapide dans les cas de rupture, il ajoute, p. 41 : « Si l'on m'élève une objection, j'en appellerai à cette règle chirurgicale d'application constante : en présence d'une hémorrhagie, liez le point saignant. Si l'une des grosses branches de l'artère fémorale donnait du sang, ceux de mes collègues qui s'occupent de tels cas, la lieraient immédiatement. Pourquoi le ligament de Poupart serait-il une ligne de démarcation au delà de laquelle cette règle chirurgicale ne devrait plus s'appliquer? Pourquoi mon ami M. Bryant aurait-il le droit de faire à l'iliaque externe ce qui me serait interdit sur une des branches de l'iliaque interne? » D'ailleurs, Bernutz et Goupil, à la page 202 de leur ouvrage, ne disent-ils pas : « l'indication en pareil cas est formelle : il faut arrêter l'hémorrhagie ». C'est l'idée que Pozzi traduit à son tour en disant : qu'il faut aller à la recherche du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une hémorrhagie intérieure. Après lui, Georges Haven (1) déclare que, le diagnostic fait, la pire des politiques est d'attendre. Cabot (2) est pour la laparotomie d'urgence; un couteau et un fil à ligature sont seuls indispensables. Goodell (3), Walsh (4) sont pour l'intervention d'urgence, même dans les cas désespérés. Horrocks (5) qualifie le traitement médical de « pure plaisanterie », et Johnston (6), après lui, rapporte trois cas de rupture traités par l'expectation, tous suivis de mort. Lawrence (7), qui a eu 4 guérisons sur 6 interventions, déclare qu'il faut ouvrir le

(1) HAVEN. *Boston medical J.*, 1893.
(2) CABOT. *Boston medical J.*, 1893.
(3) GOODELL. *Medical News*, avril 1893.
(4) WALSH. *Ibidem*, 1892.
(5) HORROCKS. *British medical*, 16 avril 1892.
(6) JOHNSTON. *Ibidem*.
(7) LAWRENCE. *Ibidem*, 26 novembre.

ventre sans délai. Edis (1) conclut de l'analyse de faits nombreux, qu'il faut opérer sans tarder. On attend parfois que la malade ait échappé au choc; on a tort; de nouvelles hémorrhagies surviennent le plus souvent, de sorte que le moindre retard peut être fatal. Fanny Berlin, Ott sont pour l'intervention.

Entre ces deux opinions extrêmes, viennent les modérés du centre. Veit (2) se déclare prêt à intervenir si l'hémorrhagie est grave et menace de continuer; il attend, s'il y a chance d'enkystement. J. Ross (3) attend que le choc se soit un peu dissipé. Le Dentu (4) écrit : « il m'est difficile de vous dicter, à l'égard de l'opportunité de l'intervention en pareil cas, des lois absolues, mais je vous dirai volontiers : en présence de toute hématocèle à début rapide, s'annonçant par des symptômes très bruyants, ne vous effrayez pas outre mesure et attendez; si trois ou quatre heures après le début, les accidents s'aggravent, opérez hardiment; sinon, différez toute intervention et attendez pour intervenir, que la lenteur de résorption de l'épanchement ou sa transformation vous forcent la main ». Segond intervient lorsque l'hémorrhagie est menaçante.

Revenons en arrière et reprenons, pour les peser, les arguments des interventionnistes. 1° Contrairement aux vieilles statistiques, la rupture intrapéritonéale est grès grave; les observations nouvelles montrent qu'elle est le plus souvent fatale, que, chez une femme saine auparavant, l'enkystement est exceptionnel.

Veit a cependant fait observer l'anomalie apparente entre le nombre considérable des grossesses tubaires rompues, puisque cette lésion constitue la très grande majorité des hématocèles, et le nombre relativement faible des morts immédiates. Cela est vrai; si l'on admet, comme on le fait maintenant, que les hématocèles sont d'origine tubaire, il faut avouer, par cela même, que l'enkystement doit être assez fréquent (mais Veit lui-même paraît avoir changé d'avis, car ses dernières publications sont nettement pour l'intervention en cas de rupture). D'autre part, comment concilier l'opinion de Lawson Tait pour qui l'enkystement est exceptionnel et les auteurs classiques pour qui il est de règle. L'on ne peut nier que Lawson Tait n'ait une autorité très grande en ce point, et cependant il existe des faits indéniables, très nombreux, où l'enkystement se produit. Nous ne pouvons trouver, dans l'existence de lésions péri-

(1) Edis. *Ibidem*, 22 octobre.

(2) Veit. 3e *Congrès de Fribourg*, juin 1889.

(3) Ross. *Loc. citato.*

(4) Le Dentu. *Loc. citato.*

tonéales antérieures, une raison suffisante pour expliquer la différence, car il faudrait supposer que la péritonite aurait toujours manqué chez les malades de Lawson Tait et aurait toujours existé chez les autres. Nous renonçons à répondre. Constatons seulement quel désaccord sépare ici les chirurgiens sur la fréquence de l'enkystement, mais constatons aussi, que les statistiques récentes tendent à faire considérer la rupture intrapéritonéale comme beaucoup plus grave qu'on ne l'avait pensé jadis, peut-être parce que beaucoup de cas mortels avaient été portés sur le compte d'une autre affection (voir diagnostic) et que la question était encore mal connue. Ce premier point, gravité habituelle de la rupture, reste donc en faveur de l'intervention.

2° La femme peut ne pas succomber aux premiers accidents, et cependant ne pas résister aux crises successives qu'une intervention première lui aurait épargnée.

Nous avons vu, en effet, que lorsqu'il s'agit d'un avortement tubaire, ou lorsque le placenta et les membranes ne se sont pas complètement détachées à la première rupture, les hémorrhagies récurrentes sont fréquentes.

L'argument reste cependant discutable, car on peut répondre aussi que la première hémorrhagie provoquera le plus souvent une réaction péritonéale suffisante pour limiter celles qui pourront survenir. Veit a montré qu'il fallait seulement pour cela quelques brides, centres de coagulation, et d'autre part, le péritoine des malades atteintes de grossesse tubaire est tout préparé pour réagir par la salpingite initiale, si fréquente en pareil cas. Mais cet argument pourrait souvent se trouver démenti par les faits. Les observations abondent où la malade succombe après une lutte assez longue; dans presque tous les cas de rupture que nous avons rapportés, la mort n'a pas été le fait de la première crise, et l'on aurait eu le temps de prévenir le retour des attaques suivantes. En pareil cas, la temporisation n'amène que des regrets et souvent des remords. Fuchs, Wolcott, Worcester, Edis, Martin, d'autres encore, ont cité des cas où l'intervention immédiate fut refusée, et où la mort survint rapidement après une deuxième crise. Stone (1), à propos d'une laparotomie suivie de mort, regrette de n'être pas intervenu plus tôt, avant que l'état de la malade ne fût aussi mauvais.

3° Il n'est pas indifférent de laisser dans le péritoine des caillots sanguins, des débris fœtaux et des annexes non seulement malades,

(1) Stone. *Am. J. of obst.*, 1892, p. 500.

mais inutiles. Ch. Read estime que ces détails doivent être pris en sérieuse considération. Le fœtus et le placenta, même encapsulés et résorbés partiellement, sont de véritables corps étrangers et menacent continuellement à ce titre la vie des malades. La trompe a perdu ses fonctions d'oviducte, peut donner lieu à un hémo ou pyosalpinx; il faut donc l'extirper.

Cependant L. Tait, qui cite Read, avoue lui-même que les débris fœtaux manquent le plus souvent; et il ne les a trouvés que douze fois sur 40 cas. Il est vrai que dans ses observations, le placenta n'a jamais fait défaut.

4° La présence d'un volumineux épanchement enkysté peut être dangereuse. Compression du rectum, des uretères, de la vessie, comme Dumontpallier, Leroux, Ganbe, etc., en ont fourni des exemples, signes d'occlusion intestinale, comme dans le cas de Pengrueber et Vicente, valent la peine d'être évitées en arrêtant l'hémorrhagie à son début.

5° La laparotomie, avec les perfectionnements actuels de sa technique, est moins grave qu'on pourrait le croire. Elle a donné, même dans les cas désespérés, des résultats excellents, que l'expectation ne saurait fournir en aucun cas. Lawson Tait a vu environ 80 cas de rupture; — il en a opéré 42 avec 40 guérisons; — les autres, traités par l'expectation, ont tous été suivis de mort.

Ces arguments accumulés nous paraissent en faveur de l'intervention. Si l'on pouvait, à l'avance, prévoir l'enkystement avec assez de certitude, nul doute que la question ne fût alors très simplifiée. Mais nous avons déjà vu que cela est impossible. On ne peut y compter, même dans les cas où le toucher constate des caillots dans le Douglas, et où le point pelvien de la malade fait espérer des adhérences providentielles. Notre observation personnelle est bien instructive sur ce point : le bassin était rempli de caillots (on en trouve toujours d'ailleurs); les anses intestinales agglutinées, les fossettes cæcales soudées à la paroi témoignaient d'irritations péritonéales anciennes, et cependant l'hémorrhagie s'est continuée jusqu'à la mort.

On ne peut donc prévoir les cas favorables, et, dans le doute, il ne faut pas s'abstenir. Il ne faut pas s'abstenir, parce que, si la mort arrive, on peut presque à bon droit s'en croire responsable, parce que nous sommes aujourd'hui édifiés sur la gravité de ces accidents, sur les secours que fournit une intervention tardive, même dans les cas les moins favorables, parce que nous sommes en possession de moyens meilleurs pour arriver au but.

Lawson Tait, Worcester, Walsh, Lawrence, Hollstein, Croom, Johnson, et bien d'autres, ont opéré les plus mauvais cas avec succès.

Lisons l'observation de L. Tait où la malade était sans pouls, à 36°, sans réaction pupillaire, et finit par guérir. Lammiman (1) a laparotomisé heureusement une femme en état de mort apparente. La malade de Tuffier (2) n'avait plus ni couleurs, ni pouls, la température était à 36°,4 ; bien que *l'état général fût celui d'une moribonde*, la laparotomie pratiquée d'urgence sauva la malade d'une mort certaine.

Et nous possédons aujourd'hui, avec une technique que l'expérience a sanctionnée, des moyens accessoires dont ne disposaient pas les chirurgiens cités plus haut. Nous verrons, en effet, au chapitre suivant, quels bons résultats on a récemment retirés des injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum et d'eau salée pour relever l'état des malades avant l'intervention, et diminuer le choc qui les déprime.

Aussi pouvons-nous dire que les statistiques s'amélioreront forcément tous les jours, à mesure que la laparotomie se démocratisera davantage (elle le fait à grands pas), à mesure que l'on saura diagnostiquer mieux et opérer plus vite, aussitôt la première alerte donnée. Et cependant ces statistiques sont déjà fort belles; leur examen seul doit suffire à convaincre les récalcitrants.

Lawson Tait a eu 40 succès sur 42 interventions primitives, avec deux décès, le premier dû à son inexpérience de technique, le deuxième au fait que la malade était pratiquement *in articulo mortis* quand il l'opéra, soit au pourcentage 95,2 p. 100 de guérisons et 4,8 p. 100 de morts, et tous les cas qu'il a vus sans intervention se sont fatalement terminés.

Martin (3) sur un total de 265 cas traités par l'expectation a trouvé 63,1 p. 100 de morts, tandis que sur 585 opérées, 76,6 p. 100 ont guéri.

J. Ross (4) donne un tableau de 36 cas; 29 furent opérés, avec 26 guérisons et 3 morts, soit 89,5 p. 100 de guérison et 10,5 p. 100 de mortalité. 7 furent traités par l'expectation, dont 2 morts et 5 guérisons, soit 28,5 p. 100 de mort et 71,5 p. 100 de survie, soit enfin 18 p. 100 en faveur de l'intervention.

J. Price (5) sur 84 laparotomies faites par lui pour grossesses extra-

(1) Lammiman. *The Lancet*, 30 décembre 1893.
(2) Tuffier. *Soc. de chirurgie*, 22 novembre 1893.
(3) Martin. *Cent. f. Gyn.*, 1892, n° 39.
(4) J. Ross. *Amer. Journ.*, janvier 1893.
(5) J. Price. *Ibidem*, décembre 1892, p. 859; février 1894, p. 244.

utérines ou hématocèles, a eu 81 guérisons et 3 morts, soit 96,4 p. 100 de survie et seulement 3,6 p. 100 de mortalité. Il a rassemblé 326 cas d'intervention avec 282 guérisons et 44 morts, soit 86,5 p. 100 de survie et 13,49 de mortalité.

Gusserow (1) a fait 20 laparotomies pour rupture, dont 13 dans des cas d'hémorrhagie primitive très grave. Il a eu 3 morts, nous en écartons 1 car elle ne survint que deux mois après, par le fait d'une affection rénale indépendante; restent donc 20 laparotomies avec 2 morts, soit 90 p. 100 de survie et 10 p. 100 de mortalité.

Dürhssen (2) a fait 5 laparotomies in extremis avec 4 guérisons, soit 80 p. 100 de guérison, et 20 p. 100 de décès.

Rochet (3) sur 5 opérations, a eu 5 succès, soit 100 p. 100 de survie.

Parkes (4) sur 3 laparotomies, a eu également 3 succès.

Richardson (5) sur 8 interventions, a eu 8 guérisons.

Binaud dans sa thèse rapporte 72 cas de rupture, suivis de laparotomie, avec 6 résultats omis, 47 guérisons, soit 71,2 p. 100 et 19 morts, soit 28,7 p. 100.

Nous-même avons pu réunir 251 cas de ruptures graves, la plupart survenues depuis 1892. Nous en éliminons 2 suivis de guérison, rapportés également par Binaud. Restent 249 cas; 76 fois on n'est pas intervenu, il y a eu 66 morts, soit 85,8 p. 100, et 11 guérisons, soit 14.2 p. 100; 173 fois on a pratiqué la laparotomie, avec 4 résultats non indiqués, 134 guérisons, soit 78,7 p. 100 et 35 morts, soit 21,3 p. 100.

Mais ces statistiques générales offrent un très gros inconvénient et prêtent beaucoup à l'erreur, car elles réunissent des cas très dissemblables, les opérations primitives in extremis, et les opérations secondaires, lorsque le shock est dissipé, et la malade hors de danger immédiat. Nous avons essayé de remédier à ce défaut, en partie au moins, car bien des observations sont trop incomplètes, et beaucoup de chirurgiens ont simplement rapporté leurs résultats sans tenir compte de la distinction que nous indiquions plus haut. Nous avons analysé à ce sujet, les observations de Binaud et les nôtres, les groupant en cinq catégories : 1° opérations pratiquées d'urgence, avec état très grave de la malade; 2° opérations pratiquées très vite, le lendemain ou dans les cinq premiers jours suivants; 3° opérations faites dans les vingt jours; 4° opérations tar-

(1) Gusserow. *Berl. klin. Woch.*, 31 mai 1892.

(2) Duhrssen. *Deut. med. Woch.*, 1894, n°s 2 et 3.

(3) Rochet. *Soc. belge de gynéc. et d'obstétrique*, 24 décembre 1893.

(4) Parkes. *Amer. J.*, janvier 1891.

(5) Richardson. *Boston medical*, 1893.

dives à un mois; 5° opérations très tardives; dans ces deux derniers groupes, les signes de l'hémorrhagie étaient dissipés, et les indications tirées d'autres symptômes que ceux de l'anémie aiguë.

Nous avons ainsi trouvé :

Dans le premier groupe : 24 opérations, avec 19 guérisons (7 in Binaud; 12 statist. pers.) et 5 morts (1 in Binaud et 4 statist. pers.), soit au pourcentage 79,1 p. 100 de guérisons et 20,9 p. 100 de mortalité.

Dans le deuxième : 61 opérations, avec 50 guérisons (15 in Binaud, 35 statist. pers.) et 11 morts (1 in Binaud, 10 statist. pers.), soit 82 p. 100 de survie et 18 p. 100 de décès.

Dans le troisième : 53 interventions, avec 48 guérisons (15 in Binaud, 33 statist. pers.) et 5 morts (2 in Binaud et 3 statist. pers.), soit 90,5 p. 100 de survie et 9,5 p. 100 de morts.

Dans le quatrième : 45 opérations, avec 37 guérisons (12 in Binaud, 25 statist. pers.) et 8 morts (3 in Binaud, 5 in statist. pers.), soit 82,2 p. 100 de survie et 17,8 p. 100 de décès.

Dans le cinquième : 17 interventions, avec 13 guérisons et 4 morts (statist. pers.), soit 76,4 p. 100 de guérisons et 23,6 p. 100 de mortalité.

Ces chiffres sont intéressants, quoique bien incomplets. Ils montrent d'abord que l'on est intervenu surtout dans les premiers jours qui suivent la crise grave. Dans ce cas, la survie augmente peu à peu à mesure que l'on s'éloigne du shock primordial et de 79,1 p. 100 arrive ainsi à 82 p. 100, puis à 90,5 p. 100, chiffre qui est à méditer.

Au contraire, dans les cas plus vieux, la mortalité par laparotomie augmente de nouveau, bien que l'état général soit alors meilleur, au point de vue du shock hémorrhagique Nous croyons que l'explication doit alors en être cherchée dans les complications inflammatoires (fièvre, accidents septiques) pour lesquelles on opère et aussi dans la difficulté plus grande que les adhérences de la poche font rencontrer au cours de ces interventions tardives.

Il y aurait donc, d'après ces chiffres, avantage à attendre que le premier shock soit passé; c'est absolument logique Mais d'autre part, la rupture est souvent fatale et très rapidement. Dans les observations par nous recueillies, la mort est parfois arrivée en une demi-heure (Goodell), en 2 heures (Harrisson), en 3 heures (Lawson Tait), en 12 et 14 heures (Doran), en 20 heures (Pauli). Nous pourrions en citer d'autres exemples. La malade peut aussi ne pas avoir un chi-

rurgien à sa portée pour la surveiller et ouvrir le ventre si les accidents s'aggravent ; il est d'ailleurs souvent difficile de juger des progrès de l'hémorrhagie. Enfin le chiffre de près de 80 p. 100 de guérison après opération d'urgence est tellement concluant que les hésitations ne sont plus permises, et nous dirons : en présence d'une femme atteinte d'hémorrhagie interne par rupture de grossesse tubaire supposée, il faut intervenir d'emblée : 1° parce que la rupture en elle-même est un accident très grave, se terminant très souvent par la mort, beaucoup plus rarement par l'enkystement; 2° parce qu'une femme, épargnée par une première attaque, est très exposée à succomber aux crises successives dont le retour est si fréquent, et qu'en pareil cas, l'attente de meilleures conditions pour intervenir en ferait rencontrer de plus mauvaises, soit que la femme fût plus déprimée par une perte sanguine plus considérable, soit que les conditions locales elles-mêmes fussent devenues plus difficiles par la présence d'adhérences et de réaction péritonéales qui peuvent entraver l'opération, sans mettre obstacle à l'hémorrhagie; 3° parce que l'enkystement, lorsqu'il se produit, ne met pas la malade à l'abri d'accidents parfois très graves : suppurations pelviennes, compressions viscérales, fistules, que la présence de débris fœtaux, de caillots, d'une trompe rompue et altérée, est loin d'être indifférente, et que le tout nécessitera une intervention secondaire. Il faudra donc opérer quand même le plus souvent, et l'on aura laissé à la femme le temps et l'occasion de mourir d'hémorrhagie; 4° parce que les cas les plus désespérés eux-mêmes ont fourni de très nombreuses guérisons (80 p. 100) et que d'ailleurs nous possédons actuellement, dans les injections de sérum ou d'eau salée, des moyens adjuvants dont l'emploi ne pourra qu'améliorer les statistiques; 5° parce que ces statistiques sont d'ores et déjà excellentes et donnent à l'intervention 60,6 p. 100 de survie de plus que l'expectation.

Écoutons d'ailleurs Pozzi (1) : « On peut dire que la question du traitement à faire en pareil cas, discutable il y a quelques années, ne l'est plus aujourd'hui. Quand une hémorrhagie menace la vie d'une malade, il faut aller à la recherche de la source du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une rupture intérieure. Temporiser, compter sur l'hémostase spontanée, c'est, dans la grande majorité des cas, laisser mourir la femme pour ne pas assumer la

(1) Pozzi. *Semaine médicale*, 16 juillet 1890.

responsabilité d'une opération, cent fois moins grave que l'attente ; si elle ne succombe pas sur le coup, la malade mourra d'une seconde ou d'une troisième attaque hémorrhagique, ou des complications de l'énorme hématocèle ainsi constitué. Rares sont les faits où la guérison spontanée est venue justifier l'excès de prudence du médecin. »

Seuls les cas où l'enkystement est déjà nettement indiqué, où l'état général est bon, échappent à cette nécessité. Mais ce ne sont plus des cas de rupture immédiate, et ils doivent rentrer dans la troisième catégorie que nous étudierons plus bas.

Nous n'insisterons pas non plus sur l'expectation qui s'impose forcément lorsque le manque d'aides, de matériel, empêchent toute tentative opératoire. Malgré Cabot, nous trouvons qu'il faut pour une laparotomie plus qu'un couteau et un fil à ligature.

Ces réserves faites, et nos conclusions fermes en faveur de l'intervention primitive, il nous reste à discuter un dernier point : Quelle voie convient-il de choisir ? Nous ne l'aurions pas fait, si nous n'avions retrouvé deux observations, pas plus, où l'on est intervenu d'emblée par le vagin — nous avons déjà cité la première qui appartient à Grandin. — Une femme, chez laquelle on diagnostique grossesse tubaire droite, est soumise à l'électricité — rupture avec signes d'hémorrhagie — on fait une incision vaginale, et l'on parvient avec beaucoup de peine à mettre un terme à l'hémorrhagie, par un tamponnement très serré. Une deuxième intervention fut d'ailleurs nécessaire.

Le deuxième fait de ce genre que nous tenons de nos collègues Le Petit et Thévenard, s'est passé l'an dernier à Cochin. Une femme entre vers 10 heures du soir avec des signes de rupture. Le chirurgien de garde du bureau central, appelé d'urgence, fait une incision dans le cul-de-sac postérieur, mais ne peut maîtriser l'hémorrhagie et la femme meurt sur la table d'opération.

Ces deux observations suffisent à clore une discussion qui, d'ailleurs, n'a pas été ouverte ; nous avons vu que tous les chirurgiens ont choisi la laparotomie, pour toutes raisons inutiles à expliquer longuement ; il faut intervenir vite et droit sur le point qui saigne ; seule l'ouverture du ventre permet les manœuvres rapides nécessaires : reconnaître le côté lésé au doigt et à l'œil, pincer le ligament large. Nous verrons, d'autre part, au paragraphe suivant, que la

voie vaginale est seulement permise, lorsque toute hémorrhagie semble depuis longtemps arrêtée.

Il faut donc choisir la laparotomie.

C. *Après enkystement.* — Le conditions sont ici changées du tout au tout. L'urgence n'existe plus, et l'on peut choisir son temps. C'est pour uoi des divergences se sont produites sur la conduite à suivre. Les uns, et ils sont nombreux, se fonda:.t sur la résorption rapide des hématocèles, même très volumineuses, attendent et n'interviennent que s'il y a lieu, c'est-à-dire si l'épanchement s'éternise, suppure ou comprime. Poncet a écrit dans sa thèse d'agrégation : « La guérison est la règle, surtout si l'on s'abstient de tout traitement chirurgical. » De fait, bien des malades atteintes de la classique hématocèle rétro-utérine finissent par guérir spontanément, au moins en apparence, car il reste souvent un noyau dans le cul-de-sac postérieur, qui peut ê're l'amo ce d'une poussée inflammatoire.

D'autres, au contraire, estimant que la présence de nombreux caillots, de débris fœtaux ou placentaires, d'une trompe malade, peut être le point de départ de lésions sérieuses, interviennent toujours ou le plus souvent, et interviennent par laparotomie, voulant débarrasser complètement la malade de ses reliquats d'hémorrhagie.

Entre les deux se placent, au rang des modérés, les chirurgiens qui, estimant l'incision du cul-de-sac postérieure utile, suffisante et bénigne, n'hésitent pas à en user, le cas échéant.

Faut-il intervenir toujours? Nous ne le pensons pas. Tant de malades, porteuses d'une tumeur rétro-utérine étiquetée hématocèle, guérissent par le seul fait du repos et du temps.

Faut-il intervenir quelquefois? Oui, sans aucun doute. Certains épanchements très volumineux peuvent être très longs à disparaître. La résorption spontanée demande habituellement trois ou quatre mois (Poncet). C'est déjà beaucoup, mais il y a des observations où le malade a dû garder le lit bien plus longtemps encor : celle de Besnier resta souffrante d'avril 1874 à février 1875, soit 10 lon s mois. Letenneur (1) a constaté chez une femme une induration assez

(1) LETENNEUR. *Soc. méd. de la Loire-Inférieure,* 1858, p. 19.

considérable deux ans après le début des accidents. Une malade de Delore, cinq ans après la première poussée, conservait encore sa tumeur sanguine jusqu'à l'ombilic. Nous en pourrions multiplier les exemples. Et sans qu'il y ait eu du pus, Bouilly a vu de la fièvre le soir, des petits frissons, des douleurs et de l'amaigrissement, témoignant d'une sorte de cachexie qui commande une intervention.

La masse sanguine peut, si elle est volumineuse, déterminer des compressions fâcheuses, mortelles même, sur les organes voisins. Nous ne parlons pas de la compression du rectum, assez habituelle, et qui n'entraîne pas le plus souvent de conséquences graves; cependant, dans un cas cité partout, MM. Pengruber et Vicente ont observé de véritables phénomènes d'obstruction intestinale. Beaucoup plus graves sont les compressions de la vessie ou des uretères. Gaube (1) est, je crois, le premier qui en ait signalé la possibilité. Chez sa malade, l'autopsie montra que les uretères étaient dilatés : le droit mesurait 12 millim. et le gauche 10 millim. à la coupe. Les reins étaient augmentés de volume, surtout le droit, et contenaient de l'urine purulente. Schwartz, cité par Poncet (2), a vu dans le service de Tillaux une femme de 33 ans, qui fut prise de rétention d'urine avec augmentation de volume du ventre; elle mourut, et, à l'autopsie, on trouva 800 gr, de caillots dans le Douglas qui refoulaient la vessie; les uretères et les bassinets étaient fortement dilatés, surtout du côté droit. La cause de l'hémorrhagie était la rupture d'une grossesse tubaire droite. Enfin, l'observation de Leroux et Dumontpallier (3), dont la malade mourut avec des accidents d'urémie convulsive, est devenue presque classique. Comme dernières compressions, signalons celle du plexus sacré, avec névralgies d'intensité variable. Tait (4) a constaté chez une de ses clientes de très vives douleurs persistantes, que seule une laparotomie put faire disparaître. On comprend que, dans ces conditions, il soit besoin d'évacuer la collection sanguine.

Enfin, et comme indication d'intervenir, signalons les poussées de pelvi-péritonite généralisée, l'infection de la masse enkystée soit par voie vagino-utérine ascendante, comme l'ont soutenu Sébileau et

(1) GAUBE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1853.
(2) PONCET. Thèse d'agrégation.
(3) *Arch. de tocologie*, 1877 et *Soc. anat.*, 1877.
(4) TAIT. *Soc. gynéc. anglaise*, 1889. 4 janvier 1890.

Surer (1), soit par voisinage de l'appareil digestif, on sait combien les bactéries intestinales et le coli commune en particulier, émigrent facilement hors de l'intestin, soit enfin par l'infection des débris fœtaux eux-mêmes, résultant de la salpingite antérieure, ainsi qu'une observation de Tuffier tend à le démontrer. Ch. Read avait d'ailleurs insisté sur ces inconvénients multiples. Si l'hématome suppure, la situation peut s'aggraver, la femme succomber aux accidents infectieux aigus qui surviennent alors, à la cachexie, si la suppuration se prolonge, aux fistules multiples qui se creusent, en cas d'ouverture vaginale insuffisante. Bernutz, Satis (2) et Nonat ont insisté sur le débouché rectal. après signes de rectite glaireuse, et l'on comprend le danger de cette communication, d'où résulte souvent une nouvelle poussée d'infection. Leguen et Reblaub (3) ont signalé chez une femme de 49 ans, des accidents de compression rectale et de pelvi-péritonite, accompagnés de fistules de l'intestin grêle, qui simulaient un néoplasme de l'ampoule rectale. Olt (4) a vu une hématocèle s'ouvrir dans la vessie. Plus rarement, on a observé des évacuations par la paroi abdominale.

L'ensemble de ces complications a poussé beaucoup de chirurgiens vers l'intervention. Mais quelle voie choisir ici ?

La laparotomie compte beaucoup de partisans. à l'étranger surtout. Lawson Tait, très ennemi de la ponction, défend ardemment l'ouverture du ventre. Elle seule permet de voir ce que l'on fait, de faire un nettoyage complet de la cavité abdominale, de parer aux hémorrhagies si elles viennent à se produire. Duvelius reproduit les mêmes arguments; il faut enlever soigneusement débris de poche, débris fœtaux, caillots et on ne peut le faire par le vagin. A cela Zweifel (5) répond qu'il est inutile de tout enlever, qu'il vaut mieux ne pas toucher aux adhérences et que la laparotomie les détruit forcément. Terrier estime qu'il faut, à part des faits rares, toujours passer par l'abdomen. Sänger (6) se prononce nettement pour cette voie, et rapporte onze cas favorables.

(1) SURER. Th. Paris, 1890.
(2) SATIS. Th Paris, 1847.
(3) *Soc. Anat.*, janvier-février 1893.
(4) OLT. *Gaz. de Hôpit.*, 1861.
(5) ZWEIFEL. *Arch. f. Gyn.*, Band XXII et XXIII.
(6) SANGER. *Central. f. Gynak.*, 1893, n° 25.

A la laparotomie, nous reconnaissons en effet, plusieurs avantages, celui d'être possible plus tôt, avant que toute chance d'hémorrhagie ne soit éteinte, ce que la voie vaginale ne permet pas avec sécurité; et cette condition mérite son importance, lorsqu'il faut aller vite, comme dans les cas de compression uréthrale; mais c'est une exception ; on a signalé des observations où l'hémorrhagie s'est produite longtemps après les accidents primitifs; Malgaigne, au dire de Letenneur (1) eut une violente hémorrhagie par l'incision vaginale d'un hématocèle, datant déjà de deux ans. Il est certain que dans ces cas, la laparotomie offre plus de sécurité pour contrôler et lier le point saignant.

Elle permet également de mieux nettoyer le foyer, de décoller sans trop de danger les débris placentaires, d'évacuer tous les caillots, de détruire des adhérences, sources de gênes fonctionnelles possibles pour l'intestin, la vessie, l'utérus.

Elle permet enfin de reconnaître l'état des annexes du côté opposé. C'est là encore un point à considérer. On sait en effet que la salpingite initiale ou les lésions congénitales de la trompe, causes de la grossesse extra-utérine, sont souvent bilatérales. Beaucoup d'auteurs pour prévenir une récidive possible, conseillent dans ce cas l'examen soigneux des annexes opposés, et leur extirpation, si l'aspect n'en est pas normal. A ce point de vue spécial, l'incision du ventre permet seule d'agir avec précision.

Mais voici à leur tour les arguments adverses, en faveur de l'autre voie. La laparotomie est une opération dans l'espèce inutile et dangeureuse. Elle est inutile parce qu'il n'est aucun besoin d'évacuer complètement les collections les plus volumineuses ; elles se vident peu à peu et il suffit d'une simple incision vaginale avec drainage pour les voir diminuer rapidement, comme si le seul fait de l'intervention eût activé la résorption languissante. Zweifel a développé ce point ; nous en avons vu nous-même des exemples indiscutables. Elle est d'ailleurs souvent incapable d'un nettoyage complet. Il est bien des poches que l'on ne peut décortiquer sans dangers pour les organes voisins adhérents ; on sera souvent réduit, après des essais inutiles, à marsupialiser ce qu'on n'aura pu enlever ; dès lors la laparotomie perd tous ses avantages. M. Michaux nous a dit à ce propos avoir assisté en Allemagne à une laparotomie pour hématocèle faite par Sänger lui-même ; l'opération fut très longue, extrê-

(1) LETENNEUR. *Loco citato.*

mement pénible, et incomplète. Il y a plus. M. Pozzi contait à la Société de chirurgie, le 8 avril 1891, que, chez une malade, il avait pu par la laparotomie enlever la trompe malade d'où venait le sang, puis, le ventre fermé provisoirement par des compresses, évacuer le sang de l'hématocèle par incision vaginale. Cette laparo-élythrotomie nous paraît être dans ce cas non plus une opération de choix mais bien de nécessité. C'est ce qu'à la même séance avouait M. Schwarz qui, reconnaissant après la laparotomie l'impossibilité de traiter une vieille hématocèle, l'évacua alors par l'incision vaginale. La laparotomie est donc souvent insuffisante. Elle est dangereuse, et cela pour plusieurs motifs. Elle est d'abord le plus souvent très pénible, très longue, nous venons de le voir et la durée n'est pas indifférente dans une intervention sur l'abdomen. Et puis les collections sanguines sont souvent septiques. Quénu et Tuffier l'ont montré récemment par des recherches précises, et nous avons étudié déjà les conditions multiples qui favorisent cette infection. La laparotomie risque alors, par la destruction d'adhérences protectrices, d'inoculer la grande séreuse péritonéale, amenant ainsi les pires complications qu'une incision prudente du vagin eût fait presque sûrement éviter.

Facilité, innocuité, suffisance, tels sont donc les avantages de la voie vaginale. Et de fait, elle semble comme nous l'avons dit regagner du terrain, non pas sous la forme de la ponction simple définitivement abandonnée aujourd'hui, car elle est au moins insuffisante, mais sous la forme d'une incision méthodique des culs-de-sac, suivie d'un drainage soigné.

C'est là, un retour vers la vieille méthode de Récamier-Nélaton, que les insuccès de Malgaigne et de Nonat firent délaisser à tort, par suite de soins malpropres.

Routier (1), jadis partisan résolu de la laparotomie, est revenu sur sa décision, et se déclare maintenant nettement pour l'incision vaginale. Il insiste sur la tolérance spéciale du péritoine du petit bassin, qu'il faut utiliser. L'incision vaginale est bien moins dangereuse, surtout s'il y a suppuration ; elle est à conseiller même s'il n'y a pas de pus, dans le cas de résorption lente. Roth et Champneys sont aussi pour elle.

Zweifel (2) s'est fait à plusieurs reprises l'avocat de l'élythrotomie, toujours indiquée si elle est possible, rarement insuffisante, et bien

(1) Routier. *Ann. gynécol.*, 1890, p. 8.
(2) Zweifel. *Arch. f. Gyn.*, Band XLI, Hft 1-2.

moins dangereuse que la laparotomie dans des mains inhabiles. Fehling (1), partisan de l'expectation, intervient, lorsqu'il le faut, par l'incision du cul-de-sac postérieur. Güsserow (2) est d'avis que si la rupture commande la laparotomie, l'hématocèle enkystée réclame l'élythrotomie. Cabot (3), Cragin (4) sont aussi pour la vaginotomie en cas d'enkystement, car la purulence est fréquente et rendrait la laparotomie dangereuse. Cette dernière n'est indiquée que s'il se produit des saignements secondaires multiples, pour saisir alors le point qui saigne. Roncaglia (5), d'après sa pratique personnelle, se prononce pour l'expectation ou l'incision vaginale. Segond (6), qui, dans une clinique faite à la Charité en octobre 1887, considérait la voie vaginale comme la plus dangereuse, parce que elle ne permettait de réaliser qu'un nettoyage incomplet et une antisepsie suffisante, a lui aussi changé d'avis, car il écrit aujourd'hui : « ... Malgré l'autorité de L. Tait, je considère la laparotomie comme une opération grave et mauvaise contre l'hématocèle enkystée depuis longtemps. Il est, en effet, toujours impossible d'extirper la poche, et, le plus souvent, comme les parois sont surtout formées par l'agglomération des parties voisines, il est extrêmement difficile, après l'avoir vidée, de la suturer aux lèvres de l'incision abdominale. On doit donc se contenter de l'aseptiser et d'en faire le tamponnement à la gaze iodoformée..... Pour moi, je lui préfère de beaucoup l'incision simple. »

Le Dentu (7) enfin, dans une leçon récente, insistait sur les bons effets et les indications de l'élythrotomie. Il faut, pour lui, intervenir par ce moyen si la tumeur sanguine fait saillie dans le vagin, avec refoulement et étalement de ce conduit. Si l'enkystement affecte avec le rectum et le Douglas des rapports intimes constatés au toucher rectal, il faut intervenir aussi par l'incision du cul-de-sac postérieur, même s'il n'y a qu'une faible saillie vaginale.

Ces avis nous paraissent concluants, et nous dirons : dans les

(1) Fehling. *Traité de gynécologie*

(2) Gusserow. *Arch. f. gyn.*, 1887.

(3) Cabot. *Boston medical*, 1893.

(4) Cragin. *Amer. J. of obst.*, 1893.

(5) Roncaglia. *Annali di obstet. e Gin.*, de Milan, 1890.

(6) Segond. *Tr. de chir.*, t. VIII, p. 612.

(7) Le Dentu. *Leçon faite à l'hôpital Necker*, le 12 décembre 1893.

hématocèles enkystées de petit volume, on peut attendre les événements, sous le couvert d'un repos absolu et d'une antisepsie vaginale soigneuse. Si des accidents surviennent de bonne heure, poussées hémorrhagiques secondaires, compression rapide des uretères, et si l'épanchement ne fait aucune saillie vaginale mais prédomine vers l'abdomen, faire la laparotomie avec les soins tout spéciaux qu'elle comporte. Au contraire, les accidents sont-ils tardifs, et se rapportent-ils surtout à une résorption paressense ou à des signes de suppuration dans la masse, cette dernière enfin fait-elle une saillie vaginale suffisante, pratiquer l'incision du cul-de-sac postérieur, suivant la technique que nous étudierons plus loin.

L'incision vaginale, en effet, comporte deux conditions importantes. Il faut que la masse à évacuer soit suffisamment en rapport avec les culs-de-sac. Elle ne saurait donc convenir à ces épanchements, rares d'ailleurs et signalés comme anormaux, qui, gênés par des adhérences antérieures, se sont accumulés très haut, aux confins des fosses iliaques, en avant et au-dessus de l'utérus. En ce cas, on aurait par en bas toutes les peines du monde à les atteindre, et l'évacuation risquerait d'être insuffisante. Il faut ensuite que l'hémorrhagie soit définitivement arrêtée. Zweifel y a insisté, et cela se comprend aisément; il serait bien malaisé de pincer facilement le point saignant, mal exposé au fond d'une incision étroite, et pareil accident conduirait le plus souvent à une hystérectomie vaginale peut-être périlleuse, en tous cas précipitée. Plus difficile est de fixer l'époque à laquelle cette occurrence n'est plus à craindre. Sänger, envisageant aussi cette hypothèse pour la laparotomie, conseille d'attendre trois ou quatre semaines, époque à laquelle la décortication se fera, dit-il, plus aisément. Pinard dit six semaines environ. Ce délai est-il toujours suffisant? Nous avons déjà, d'après Letenneur, cité le cas de Malgaigne, où une incision vaginale, deux ans après le début de l'hématocèle, donna lieu à une hémorrhagie des plus inquiétantes.

L'incision vaginale est-elle toujours suffisante? Non, et cela dans deux cas. Si l'utérus est absolument entouré par la collection, il pourra être bon de l'enlever. Cette extirpation sera plus indiquée encore, lorsque, ainsi que l'écrit Segond, l'exploration interne par l'incision postérieure (qui, elle aussi, on le voit, peut prétendre à être exploratrice) aura montré des lésions bilatérales des annexes.

« Or, quand celles-ci sont malades des deux côtés et notamment quand il y a suppuration simultanée de la poche hématique, il est, à mon avis, nettement indiqué de compléter l'intervention par une hystérectomie, et cette considération met bien en valeur toutes les ressources de la voie vaginale dans le traitement chirurgical de l'hématocèle. »

CHAPITRE III

De la technique opératoire.

Laparotomie.

A. *Avant la rupture.* — Nous n'en dirons rien, sinon qu'elle ressemble aux interventions habituelles sur les annexes, et qu'elle est d'une remarquable simplicité. Peut-être cependant faut-il manœuvrer avec douceur et prudence, car il est arrivé souvent de rompre le kyste fœtal et d'avoir ainsi de violentes hémorrhagies. Il faudra, bien entendu, avant de refermer le ventre, examiner la trompe et l'ovaire opposés pour les extirper s'il y a lieu. Faut-il le faire toujours, par crainte d'une récidive, comme le veut Reed (1)? Hall et Reamy (2) disent que non, et nous sommes avec eux. La conduite à tenir doit se régler sur l'état des parties. L'ovaire est-il malade, la trompe a-t-elle perdu son aspect et son volume normal, présente-t-elle une de ces malformations congénitales signalées par Freund et sur lesquelles Schrœder (3) et Beck (4) ont insisté pour leur attribuer un rôle dans la genèse de la grossesse ectopique, il faudra sans hésiter les supprimer. On devra les laisser dans le cas contraire. Comme l'opération est très souvent simple, comme les manœuvres sont alors rapides et faciles, nous croyons le drainage ordinairement inutile.

B. *Après la rupture.* — Avant d'aborder la technique spéciale que comporte la laparotomie en pareil cas, ainsi que Tait l'a montré, nous croyons bon d'insister sur les moyens préopératoires destinés

(1) Reed. *American Journ. of obstetrics*, 1893, p. 694.

(2) *Ibidem*, p. 721.

(3) Schrœder. *Lehrbuch der Geburtshülf.*

(4) Beck. *Amer. Journ. of obst.*, 1893, p. 570.

à relever l'état général de la malade et lui donner plus de résistance.

La *strychnine* et la *nitroglycérine* sont d'un emploi courant en Amérique, à des doses variables, un 1/25 m. de grain toutes les demi-heures, pour la strychnine; un 1/100 m. de grain toutes les heures pour la nitroglycérine.

L'*ergotinine* a été vantée en France par Barth. Nous doutons qu'elle puisse avoir des effets suffisamment rapides.

Beaucoup plus rationnels sont les essais multiples que l'on a tentés pour rétablir la pression sanguine, diminuée du fait de l'hémorrhagie, et augmenter ainsi la tonicité du cœur. Les accidents de choc et les syncopes, le collapsus tiendraient, d'après la physiologie, à cette diminution assez brusque de pression On a voulu y remédier par diverses voies.

La première idée a été naturellement *la transfusion sanguine*, que beaucoup d'auteurs recommandent encore, comme s'il était facile, dans des cas d'une urgence pareille, d'avoir et le sang convenable et les instruments nécessaires à sa disposition, en même temps que l'habitude et le temps exigés pour une opération aussi délicate. La transfusion, théoriquement excellente, médiocre en pratique, devait être abandonnée pour des méthodes plus simples. Il fallait d'abord remplacer le sang qui fait si souvent défaut. On a essayé d'abord de l'eau pure stérilisée; on fait maintenant couramment emploi de sérums artificiels ou de liquides physiologiques, dont le type le plus simple et le plus pratique est l'eau salée.

George Haven (1) nous dit qu'on a essayé en Allemagne d'injecter directement *de l'eau chaude* dans l'artère fémorale avec une aiguille. Ce procédé nous paraît bien dangereux, et nous nous empressons de passer.

Horrocks (2) a longuement insisté sur les avantages des *injections intra-veineuses de solution saline*. Il cite cinq observations de collapsus complet où cette pratique amena dans quatre cas, une véritable résurrection.

La première de ses malades, fut laparotomisée pour une grossesse tubaire de six semaines, rompue ; abdomen plein de sang ; ablation de la trompe gauche ; drainage.

(1) HAVEN. *Boston medical*, 1893.

(2) HORROCKS. *Amer. Journ. of obst.*, février 1894, p. 208.

La malade était en état de mort apparente : on lui fit la respiration artificielle, et on lui injecta dans la veine médiane basilique droite de l'eau salée jusqu'à ce qu'on sentît le pouls au poignet (on lui transfusa environ 6 pintes), guérison.

La deuxième, atteinte de rupture entre le deuxième et le troisième mois, était sans pouls, collapsée. Une transfusion de cinq pintes la remit sur pieds.

A la troisième, laparotomisée pour une rupture au troisième mois, dont l'abdomen était plein de sang, le pouls imperceptible, et à qui on enleva un fœtus et les annexes, 6 pintes furent nécessaires ; elle guérit.

La quatrième, atteinte de rupture à un mois et demi, fut laparotomisée ; elle eut pendant l'opération une hémorrhagie excessive, se remit cependant grâce à une injection de 6 pintes, mais fut malheureusement emportée au quatrième jour par une péritonite septique.

La cinquième enfin, rupture à trois mois, mourut après avoir refusé l'intervention. On lui injecta bien ses 6 pintes, mais cette fois sans effet.

Horocks en tire les conclusions suivantes : la transfusion du sang est inutile et dangereuse. On doit lui préférer l'eau salée (une cuillerée à thé de sel pour une pinte d'eau). Il faut, autant que possible, injecter une quantité d'eau égale à celle du sang perdu ; en tous cas, toujours assez pour qu'on sente le pouls revenir au poignet. Les cas les plus mauvais demandent six pintes; les cas moyens, où le pouls se sent encore, de deux à cinq pintes. On ne doit pas laisser mourir une malade, sans essayer la tranfusion d'eau salée. Dans les cas bénins, il faut toujours essayer cette injection intraveineuse, cependant, les injections dans le tissu cellulaire interscapulaire ou dans le rectum pourront alors suffire.

Ce sont de ces dernières que nous allons nous occuper.

Haven (1) a beaucoup vanté les *lavements salés* abondants.

Dührssen (2) avait déjà, en 1893, conseillé les injections intraveineuses d'eau salée, et publié deux observations de laparotomie pour rupture, l'une suivie de guérison, parce que l'injection avait précédé l'opération, l'autre suivie de mort, parce qu'au contraire on n'avait fait la transfusion qu'après l'ouverture du ventre.

(1) HAVEN. *Loco citato.*
(2) DUHRSSEN. *Soc. de méd. Berlin.*, 19 avril 1893.

Il est revenu sur cette question en 1894 (1) pour vanter les bons effets des injections *sous-cutanées* de solutions salines. C'est à Korn (2) que l'on en doit le premier essai chez une accouchée épuisée par une hémorrhagie. Münchmeyer (3), attaché à la clinique de Léopold, étudia la méthode à son tour. Michaël (4) de Hambourg fit, à ce sujet, des expériences concluantes sur les chiens, et Wyder (5) enfin, en conseilla l'emploi dans les cas d'hémorrhagie par rupture. La question a été reprise au Congrès allemand de gynécologie de Halle; Schwarze (6) aurait fait alors quelques réserves sur les bons effets de ces injections. S'il est vrai qu'elles tendent à relever rapidement la pression artérielle, ne doit-on pas craindre, par cela même, le retour ou le redoublement de l'hémorrhagie ? Et ne vaut-il pas mieux, pour ces motifs, ne les pratiquer qu'après avoir lié le point saignant ? A ces objections, Dührssen répond fermement qu'il faut faire la tranfusion avant et non pas après, mais il faut opérer de suite, sans donner à la malade le temps de perdre par le point saignant, la quantité de sang équivalente à la quantité de liquide injecté. Il repousse l'injection intraveineuse comme plus difficile et plus dangereuse (entrée de l'air, septicémie, etc.). On doit essayer d'abord de l'injection sous-cutanée, puis, en cas d'insuccès, de la transfusion intraveineuse. Si malgré l'usage de ces deux méthodes, le pouls ne se relève pas, la malade est sûrement perdue.

Il emploie pour ces injections de l'eau chaude salée, à raison d'une cuillerée à thé de sel par litre de liquide. La solution saline est mise dans un laveur ou une seringue munis d'une canule, de la grosseur d'une mine de plomb, que l'on enfonce dans le tissu cellulaire, entre les deux épaules. Il se forme une tuméfaction qu'il est bon de masser, pour rendre l'absorption plus rapide. Il faut environ un quart d'heure pour injecter un litre de solution. Aussitôt que le pouls se relève, on doit procéder à la laparotomie sans retard.

Il cite à l'appui deux observations (n[os] 2 et 3) où cette pratique

(1) Duhrssen. *Deutsch. med. Woch.*, 1894, n[os] 2 et 3, p. 29.
(2) Korn. *Centr. f. Gynäk.*, 1886, n[o] 30 et 1887, p. 262.
(3) Munchmeyer. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. XXVIV, p. 3.
(4) Michael. *Deutsch. med. Woch.*, 1892, p. 39.
(5) Wyder. *Arch. f. Gynæk.*, Bd. XLI, Hft. 1 et 2.
(6) Schwarze. *Congrès allemand de gynécologie de Halle.*

amena la guérison chez deux femmes profondément anémiées par une rupture de grossesse tubaire.

Nous n'avons pas d'expérience personnelle de la méthode, et je ne pense pas qu'elle ait été pratiquée en France; nous rapportons cependant plus loin, des observations françaises où l'on a fait, après laparotomie, emploi de liquides physiologiques, mais à bien plus faible dose. Disons seulement que cette pratique nous paraît rationnelle, facile, n'exige ni temps, ni sang, ni instrumentation spéciale, et que par suite elle mérite considération.

La *technique* elle-même de la laparotomie, après rupture, peut être bien facilement résumée. Il faut ouvrir sans tarder le péritoine, et nous ne pouvons souscrire à la proposition faite par Cushing (1) d'inciser jusqu'au péritoine exclusivemen. et de voir à travers, si l'hémorrhagie mérite l'opération.

Le péritoine ouvert, on doit immédiatement plonger la main vers les annexes soupçonnées, reconnaître le point saignant et pincer le ligament large correspondant entre deux clamps, placés l'un au ras de l'utérus, l'autre sur le ligament infundibulo-pelvien. L'hémorrhagie ainsi définitivement arrêtée, et c'est le point capital pour la survie de la femme, qu'une perte de quelques grammes de sang peut syncoper dans les cas limites, on pourra avec plus de calme se rendre compte de la situation, nettoyer la cavité abdominale, enlever soigneusement tous les caillots, examiner l'état des annexes, les rapports du kyste fœtal, les adhérences, etc.

Il faut donc, nous le répétons encore, courir sus à l'hémorrhagie. L. Tait l'a bien montré ; il voulut, dans un cas, détacher avec soin les adhérences, mais provoqua ainsi une hémorrhagie profuse. « Je perdis beaucoup de temps à arrêter cette hémorrhagie, de sorte que lorsque l'opération fut terminée, ma malade était à peu près morte. Tout ce que je puis dire, c'est qu'elle respirait encore lorsque nous la couchâmes dans son lit. Ce cas me donna beaucoup à réfléchir, car ce fut un amer désappointement; j'avais espéré obtenir un grand triomphe et j'avais tout simplement un échec. J'arrivai bientôt à la conclusion que j'avais commis une erreur de technique, que la vraie méthode, en ces cas, était de détacher rapidement les adhérences sans s'inquiéter du sang, d'arriver de suite et rapidement sur la

(1) W. CUSHING. *Boston medical*, 1893.

véritable source de l'hémorrhagie, le ligament large, de le lier à sa base, puis d'enlever à loisir les débris de l'œuf et les caillots. J'ai depuis procédé ainsi dans 39 cas, avec un seul insuccès... »

C'est pour les mêmes motifs que nous condamnons la ligature des vaisseaux utéro-ovariens, dont la recherche, ainsi que le fait observer Binaud, est toujours délicate au milieu de la masse de sang qui remplit l'abdomen.

L'hémostase faite, on s'occupera du placenta. Le plus souvent, il sera possible d'en tenter l'extirpation, à l'abri de tout accident, tandis que son abandon sur place expose aux hémorrhagies secondaires, aux accidents de suppuration, et à un trajet fistuleux long à se fermer. D'ailleurs, comme nous envisageons ici la grossesse tubaire à ses débuts, le placenta ne pourra jamais présenter qu'un volume restreint et des adhérences bien faciles à détacher.

Le kyste fœtal, pour les mêmes raisons, pourra le plus souvent être complètement extirpé, sinon totalement, au moins dans sa plus grande partie. Dans le premier cas, on pourra, après un nettoyage soigneux au tampon sec ou à l'éponge, refermer complètement la cavité abdominale.

Nous insistons sur la nécessité d'enlever minutieusement les caillots, sans compter sur le pouvoir absorbant du péritoine (Schwarze). On serait exposé, sans cette précaution, à des accidents secondaires et à des fistules, comme plusieurs observations l'ont signalé. Dans le deuxième cas, on tamponnera la poche à la Mickulicz, en ayant soin de ne pas tasser la gaze outre mesure, ce qui nuirait au drainage. Exceptionnellement et dans un but d'hémostase, on pourra, au contraire, bourrer la poche. Dans un cas d'hémorrhagie inquiétante, où il était impossible de lier les points saignants, Boisleux (1) dut recourir à un tamponnement serré, avec de l'ouate enfermée dans de la gaze à pansement et imbibée d'une solution de sublimé à l'acide tartrique. Il retira le tampon 24 heures après. Meyer (2) aurait dû, lui aussi, un succès au tamponnement forcé.

Plus extraordinaire est la conduite de Cragin (3), qui, dans un cas d'avortement tubaire, avec utérus fibromateux, déchira la capsule

(1) Boisleux. *Annales Soc. obst. de France*, 22 avril 1892.
(2) Meyer. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd., XV, nº 2.
(3) Cragin. *Amer. J. of obst.*, 1893, p. 65.

des fibromes en essayant de décortiquer la trompe malade, eut une très forte hémorrhagie, et en fut réduit pour la maîtriser à pratiquer l'*hystérectomie totale*, avec drainage. La malade guérit.

Chrobach (1) a été, lui aussi, obligé d'amputer l'utérus au-dessus d'une ligature élastique pour arrêter le sang, dans une laparotomie pour grossesse tubaire rompue.

C. *Après enkystement.* — Les conditions de la laparotomie seront souvent beaucoup plus difficiles. Adhérences parfois solides, brides, constitution d'une poche aux parois friables et sans individualité, confondues avec les parties voisines agglutinées, collections purulentes possibles, viendront rendre l'opération plus longue, plus pénible et plus dangereuse, et c'est pour cela, comme nous l'avons montré plus haut, que l'élytrotomie doit bien être préférée lorsqu'elle est possible. Il est malaisé, et d'ailleurs inutile, d'essayer de tracer des règles précises en pareil cas. La seule indication est d'enlever prudemment le plus possible, sans rompre les adhérences protectrices lorsqu'elles existent, et de drainer soigneusement ce qui reste. Si la poche est marsupialisée et fixée, souvent avec peine, aux lèvres de l'incision abdominale, Mickulicz encore plus indiqué que dans le cas de rupture. Si la poche peut être complètement enlevée, il n'en sera pas moins sage de drainer le Douglas à la gaze, soit par la plaie abdominale, soit, comme le veulent quelques-uns, par le cul-de-sac postérieur que l'on effondrera ou incisera dans ce but, après désinfection soignée du conduit vaginal. Reynier (2) disait récemment ne plus faire de drainage depuis deux ans; Lucas-Championnière n'en fait pas également, quand il peut bien nettoyer la cavité abdominale. Nous croyons cette conduite imprudente. A la même séance, Quénu insistait sur la nocivité de ces épanchements, septiques puisqu'ils s'enkystent; et, quelques jours plus tard (3) en apportait avec Tuffier des preuves certaines. Schwartz (4) a insisté aussi sur la nécessité du drainage.

Ici, comme dans le cas de rupture, il faudra, est-il besoin de le dire, examiner soigneusement les annexes opposées pour les enle-

(1) CHROBACH. *Medic. klin. Woch.*. 1890.

(2) *Soc. de chirurgie,* 22 novembre 1893.

(3) *Ibidem*, 13 décembre 1893.

(4) SCHWARTZ. *Verhandlung des zweiten Kongresses der deutschen Gesellschaft für Gyn.*, 1889, p. 70.

ver, si un doute existe à leur sujet. Nous avons déjà discuté sur l'opportunité de les extirper toujours et penché vers la négative.

Avant de passer à l'intervention par la voie vaginale, nous voudrions ici dire quelques notes de la *laparotomie sous-péritonéale*, préconisée en 1886 par Pozzi. Incision sus-inguinale, décollement du péritoine, permettraient d'aborder la poche sans traverser la grande cavité péritonéale, Au cas où l'on ne pourrait arriver immédiatement sur la poche, il faudrait pour Pozzi, tamponner à la gaze et inciser ensuite hardiment sous le couvert des adhérences produites. Avec Segond, nous dirons que cette voie nous paraît plus périlleuse, et moins commode que la vaginale; et de l'avis de Pozzi lui-même, nous restreindrons ce procédé, aux cas assez rares où la tumeur, très volumineuse, vient faire saillie dans la fosse iliaque et appelle pour ainsi dire le bistouri de ce côté.

Élytrotomie.

Nous avons déjà posé comme conditions préalables à ce mode d'intervention : l'enkystement avec cessation de la période aiguë, la situation franchement vaginale de la tumeur, saillant dans le cul-de-sac postérieur. Nous n'y reviendrons pas.

Nous avons dit également que nous repoussions la ponction vaginale, comme insuffisante et dangereuse, à moins qu'elle ne constitue le premier temps d'une incision plus large, ainsi que procède Laroyenne de Lyon. Mais elle nous paraît, sauf exception, très inutile.

Désinfection soignée du vagin et même du rectum. Anesthésie utile sans être indispensable. Incision faite suivant le grand axe de la tumeur, antéro-postérieure ou transversale (cette dernière est sans danger), en tous cas suffisante pour laisser facilement passer un doigt explorateur, et assurer un lavage facile. Examen digital de la cavité, toujours prudent. Beaucoup se contentent alors d'un lavage à faible pression et d'un bon drainage soit à la gaze, soit à l'aide de gros tubes. Quelques-uns pensent qu'il vaut mieux avec une curette, très sagement manœuvrée, essayer de ramener au dehors les caillots et débris qui veulent facilement venir. En aucun cas, il ne faut insister outre mesure; on risquerait de crever le pla-

fond néo membraneux de la poche et d'inoculer la grande cavité péritonéale. Mais cette recommandation est presque naïve. C'est pour la même raison que le lavage doit être fait sous faible pression. M. Routier emploie volontiers l'eau naphtolée; tous les antiseptiques sont de mise, à faible titre.

Le drainage devra être fait soin; c'est en effet la partie essentielle de l'intervention, puisque le plus souvent on ne prétend pas vider la poche du premier coup. Or, les lèvres de l'incision vaginale ont toujours une tendance assez marquée à se rétracter, chasser le drain et se refermer. C'est pour cela que Fehling et d'autres ont recommandé la suture des parois de la poche à la tranche vaginale, manœuvre toujours longue et qui nous paraît inutile. Fehling introduit dans la poche un drain en croix; s'il y a du saignement, un tampon iodoformé qu'il remplace par un drain au bout de six ou huit jours. D'autres mettent un gros tube ou deux tubes accolés en flûte de Pan, qu'ils fixent par un point sur le col, ou par des fils le long des cuisses. Bouilly tamponne d'abord à la gaze qu'il remplace par un drain après quarante huit heures.

Les lavages devront être plus ou moins espacés suivant l'abondance de l'écoulement. Zweifel fait d'abord un lavage toutes les deux heures, et plus tard deux ou trois fois par jour. Gusserow, qui s'oppose énergiquement au curettage de la poche, fait au plus deux lavages quotidiens.

Quelques chirurgiens enfin complètent volontiers l'intervention par un curettage utérin, assurant ainsi l'antisepsie du conduit génital. Nous devons dire que cette pratique ne s'est pas généralisée; d'ailleurs, elle pourrait offrir plus d'inconvénients que d'avantages, si l'épanchement sanguin était déjà septique, et cela est fréquent, nous l'avons vu.

Par cette méthode, on obtiendra la guérison en deux ou trois semaines, même dans les cas de volumineuses collections, et nous avons vu, avec étonnement nous l'avouons, disparaître en moins de quatre semaines, une énorme hématocèle qui remontait à deux doigts de l'ombilic.

Nous voulons avant de terminer dire quelques mots de *l'hystérectomie vaginale*, appliquée au traitement de l'hématocèle. Évidemment cette opération ne peut être que d'exception. Nous en avons rassemblés quelques exemples. Disons de suite que dans la plupart,

l'hystérectomie a été entreprise et faite pour une erreur de diagnostic; l'hématocèle n'a été découverte qu'après coup, lorsque le col était déjà détaché de ses insertions vaginales, et l'utérus à moitié libéré. Raison de plus, pour éviter ces surprises, de commencer, toujours dans le cas douteux, par l'incision du cul-de-sac postérieur, avec exploration digitale, par la brèche, des conditions locales.

L'hystérectomie est-elle indiquée si la tumeur bombe à peine dans le vagin, cachée par le corps de l'utérus, qu'il faut supprimer pour l'atteindre? (Binaud a cité une observation de ce genre, appartenant à Nélaton). Nous croyons que non; il suffit de s'en rapporter à la condition bien nettement établie qu'on ne doit attaquer par le vagin que les tumeurs franchement vaginales.

Nous n'admettrons l'hystérectomie « préméditée » que lorsque l'utérus fera corps avec la tumeur, sera complètement englobé par elle; et lorsque l'exploration soigneuse des annexes avant l'opération, ou après l'incision du cul-de-sac postérieur, aura montré l'existence très nette de lésions bilatérales. Dans ce cas, avec Segond, nous nous prononçons nettement pour l'ablation de l'utérus devenu inutile, et dont la suppression facilitera grandement l'évacuation de la poche.

Observations de grossesses tubaires laparotomisées avant rupture.

Obs. 6 (inédite). Clinique de Necker (résumée). — Marie P..., 30 ans, couturière, entre à Necker, salle Lenoir, le 10 juin 1892.

Réglée à 14 ans ; mariée à 18. Une grossesse à terme bien terminée, suivie d'une première fausse couche de trois mois, et d'une deuxième de trois semaines.

Depuis, se plaint de douleurs à gauche, avec pertes. Les douleurs et les pertes ont redoublé depuis un mois.

A l'examen. — Utérus porté à droite ; à gauche, masse fluctuante, douloureuse, diagnostiquée salpingite kystique ; dans le cul-de-sac postérieur, une deuxième masse rénitente, du volume d'un œuf de poule.

Laparotomie, le 23 juin. — On trouve, à gauche, une salpingite catarrhale ; la masse sentie dans le cul-de-sac postérieur est formée par la trompe droite, dilatée, légèrement adhérente. Pédiculisation et extirpation bilatérale. Pas de drainage. Guérison.

La trompe droite ouverte est remplie par un caillot organisé qui fait porter le diagnostic de grossesse tubaire.

Obs. 7 (inédite). Clinique de Necker (résumée). — Aimée F..., 36 ans, blanchisseuse, entre le 28 mars 1892, à Necker, salle Lenoir.

Réglée à 18 ans et régulièrement. Mariée à 19 ans ; trois grossesses, dont la dernière à 22 ans. Elle se leva de bonne heure, au troisième jour, et depuis est atteinte de rétroversion douloureuse, avec leucorrhée. Elle entra à Beaujon, en mars 1891 et fut hystéropexiée par M. Michaux, qui lui enleva en même temps l'ovaire gauche.

Depuis trois mois, elle souffre de douleurs à droite, avec métrorrhagies peu abondantes.

Elle a l'utérus un peu gros, mobile, douloureux seulement lorsqu'on le mobilise fortement. Le cul-de-sac droit est occupé par une masse fusiforme, rénitente, séparée nettement de l'utérus par un sillon.

Laparotomie, le 6 avril. — L'utérus est fixé solidement à la paroi abdominale ; on le détache avec précaution ; on amène la masse droite au dehors et on le sectionne après ligature en X de son pédicule.

C'est une hématosalpingite par grossesse ectopique, développée dans la trompe droite, comme le démontra un examen microscopique.

Exeat le 27 avril.

Obs. 8 (inédite), due à l'obligeance de M. Monod. — R..., 25 ans, entre à Saint-Antoine, salle Gosselin, le 31 mai 1892.

Mal réglée, cette femme souffre du ventre depuis 7 ans ; les douleurs ont augmenté, il y a 9 mois ; et les règles se sont interrompues une fois. Au toucher, on constate une masse assez volumineuse dans le cul-de-sac postérieur, se prolongeant à gauche. Rien d'appréciable à droite.

Laparotomie. — On refoule l'épiploon, et on découvre, à gauche, une tumeur adhérente que l'on décolle facilement ; elle est tendue, prête à crever. On agrandit l'incision abdominale trop petite. La masse apparaît alors ronde, grosse comme une mandarine, formée par la trompe, sans pédicule appréciable ; l'ovaire correspondant est sain ; les deux sont pincés entre deux clamps, étreints par un fil en X, et sectionnés. Nettoyage à l'éponge montée, guérison.

Obs. I. — Mouchet (*Bull. Soc. Anat.*, 1853, p. 577). — Femme de 30 ans, bien réglée d'habitude, mais avec un retard d'unmois, est prise le 25 avril 1893, de crises douloureuses, avec vomissements. Elle se remet ; en mai et en juin, crises tous les huit jours, avec pertes. Elle entre à l'Hôtel-Dieu : utérus hypertrophié ; dans le cul-de-sac gauche, masse du volume d'une orange, douloureuse, lisse.

Laparotomie, par M. Delbet. — Grossesse tubaire gauche intacte, sans trace de sang dans le péritoine. Guérison.

Obs. II. — Thèse de Jouon, 1892 (obs. III). — Veuve G..., 27 ans, IIpare, est prise le 14 octobre, d'une crise très douloureuse. Le 21 novembre, laparotomie. Hématosalpinx gauche très volumineux ; salpingite droite de plus petit volume ; hystérectomie abdominale. Guérison.

Examen histologique, par Pilliet. — Grossesse tubaire gauche avec caillot adhérent et villosités placentaires.

Obs. III. — Thèse de Jouon, 1892 (obs. IV). — A..., 28 ans, entre à l'hôpital pour douleurs à droite, avec pertes.

Laparotomie. — Extirpation de la trompe droite. Guérison.

Examen histologique, par PILLIET. — Grossesse tubaire caractérisée par la dénudation d'une portion circonscrite de la muqueuse, l'abondance de cellules pigmentées, la présence d'un lacis vasculaires avec phénomènes d'oblitération semblables à ceux que l'on rencontre dans l'utérus, après la chute du placenta.

OBS. IV. — PETIT. *Nouvelles Archives d'obst. et de gynéc.*, juillet 1891. — Femme B..., 29 ans ; aménorrhée ; douleurs ; pertes ; laparotomie ; grossesse tubaire gauche datant de sept semaines environ, avec villosités choriales et amnios. Guérison.

OBS. V. — Thèse de JOUON (obs. IX). — Femme de 27 ans ; aménorrhée ; douleurs à gauche ; laparotomie ; extirpation de la trompe gauche ; guérison.

Examen histologique, par PILLIET. — Grossesse tubaire gauche.

OBS. VI. — Thèse de JOUON (obs. XIV). — M. B..., 35 ans, laparotomisée par Pozzi, pour une masse douloureuse à droite. C'était une grossesse tubaire, avec caillot adhérent. Guérison.

OBS. VII. — CH. PRIOR (*Boston medical*, 1893). — Femme mariée, il y a 9 ans ; une fausse couche de 6 mois ; depuis, douleurs à gauche et règles irrégulières. Dernières règles en juin ; au milieu d'août, légère perte pendant deux jours ; en septembre et en octobre, épistaxis de trois semaines qui amène un léger soulagement. Pas de signes de grossesse. A l'examen, utérus en position normale, un peu gros. Trompe gauche sensible, volumineuse.

Diagnostic. — Salpingite chronique gonorrhéique ou tuberculeuse avec hématosalpinx.

Laparotomie, le 25 novembre. — Grossesse tubaire gauche évidente.

Examen histologique, par WHITNEY. — Guérison.

OBS. VIII. — P. MUNDÉ (*American Journal*, mai 1894, p. 593). — Femme de 34 ans, Vpare ; une fausse couche supposée de 3 mois, il y a quatre mois ; depuis, douleurs à gauche. Masse volumineuse à gauche.

Laparotomie, le 3 février. — Sang, caillots ; kyste fœtal ; ablation, drainage ; guérison. Grossesse tubo-ovarique gauche, non rompue, avec traces d'embryon.

OBS. IX. — J. ŒDHAM (*Americ. Journ.*, juin 1894, p. 777). — Femme de 25 ans : nullipare ; il y a 3 ans, aménorrhée de trois mois ; depuis, plusieurs crises douloureuses, pelviennes, étiquetées douleurs inflammatoires. A l'examen, tumeur du volume d'un œuf à droite ; utérus dévié à gauche et fixé.

Diagnostic. — Pyosalpinx.

Laparotomie, le 18 août. — Ablation bilatérale des annexes, pénible, car adhérences extrêmes. La trompe droite ne contenait pas de pus, mais était transformée en kyste fœtal vieux, datant sans doute de la première poussée douloureuse. Guérison.

OBS. X. — CROOM (*Edimb. med. Journ.*, octobre 1891, p. 314). — Femme atteinte d'aménorrhée depuis deux mois, avec métrorrhagie et douleurs ; à l'examen, utérus gros, tumeur dans le cul-de-sac droit.

Laparotomie. — Grossesse tubaire de 8 semaines. Guérison.

OBS. XI. — CROOM (*Edimb. Med. Journ.*, *ibidem*) rapporte sans autre détails une *laparotomie* pour grossesse tubaire non rompue, suivie de guérison.

OBS. XII. — MONTPROFIT (*Soc. de Chir.*, 22 février 1853). — Femme de 30 ans, se croyant enceinte, avec tumeur à gauche. Le diagnostic est fait et la *laparotomie* pratiquée avant la rupture. Grossesse tubaire gauche. Guérison.

OBS. XIII. — LATZKS (in *Bulletin médical*, 1892, p. 137). — Femme de 26 ans ; aménorrhée de 1 mois, en octobre, avec douleurs. En novembre, douleurs plus grandes, avec apparition d'une tumeur à gauche.

Laparotomie. — Grossesse tubaire gauche avec embryon de 13 semaines. Guérison.

OBS. XIV. — BAUGA (*New-York med. Journ.*, janvier 1891). — Femme de 27 ans, Ipare ; réglée, ne se croit pas enceinte. Petite tumeur à droite ; bien que les règles viennent régulièrement, on porte le diagnostic de grossesse tubaire.

Laparotomie. — Ablation de la trompe droite encore intacte, mais très mince, prête à se rompre, et contenant un fœtus de cinq semaines. Guérison.

OBS. XV. — CZEMPIN (*Deutsch. Medic. Woch.*, 1886) a cité une lapa-

rotomie pour grossesse tubaire non rompue, avec extirpation facile du sac et des annexes. Guérison.

Obs. XVI. — Léopold (*Congrès de Berlin*, 1850) a rapporté deux cas de laparotomie pour grossesse tubaire, suivie de guérison après extirpation totale. Dans un de ces deux faits, la trompe était en train de se déchirer.

Obs. XVII. — Martin (*Berliner klin. Woch.*, 1881). — Grossesse tubaire gauche.

Laparotomie. — Ablation bilatérale des annexes ; extirpation totale du sac. Guérison.

Obs. XVIII. Meinert (*Cent. f. Gynaek.*, 1850). *Laparotomie* pour grossesse tubaire droite ; extirpation totale du sac. Guérison.

Obs. XIX. — Orthmann (*Soc. d'obs. Berlinoise*, 1885) a fait avec succès une laparotomie pour grossesse tubaire gauche non rompue de 3 mois environ. Il a, depuis, rapporté (voir thèse de Regnault, Paris 1891) 8 autres observations semblables, avec 6 guérisons, et 2 morts, l'une par hémorrhagie, l'autre par péritonite.

Obs. XX. — Veit (*Soc. obst. de Berlin*, 1887) a rapporté 9 cas de laparotomie heureuse pour grossesse tubaire dans les premiers mois.

Obs. XXI. — Martin (*ibidem*) a eu deux succès semblables, l'un pour une grossesse tubaire de 5 mois, l'autre pour une grossesse tubaire de 3 mois environ.

Total : 42 cas, avec 2 morts et 39 guérisons.

Observations de grossesses tubaires laparotomisées après rupture.

Obs. 9. — (Inédite) clinique de Necker (résumée). — A. M.... 32 ans, ménagère, entre le 27 janvier 1893, à Necker, salle Lenoir, pour syncopes fréquentes, avec crises de douleurs aiguës, extrêmement violentes. Bien réglée autrefois, elle a vu à peine depuis deux mois.

Examen. — Le 28 janvier, vagin mou, violacé, col porté en haut et en avant derrière la symphyse, avec orifice entr'ouvert. Dans le Douglas,

grosse masse du volume d'un gros poing, rénitente. Diagnostic : grossesse tubaire sur le point de se rompre.

Laparotomie. Le 2 février ; la masse est formée par un kyste fœtal développé aux dépens de la trompe droite. Elle est détachée avec précautions, pédiculisée, amenée au dehors et extirpée. Mort le 7 février.

Le kyste fœtal contient un fœtus de 2 mois 1/2, bien conformé.

Obs. 10.— (inédite) Clinique de Necker. — Adélaïde G..., 34 ans, journalière, entre le 2 février 1891 à l'hôpital Necker.

Réglée à 12 ans, bien. Un accouchement à 24 ans. Il y a 5 ans, chute sur le sacrum ; perte pendant 2 mois, sans caillots, mais pas de retard de ses règles, et elle ne se croyait pas enceinte. Douleurs vives, séjour à l'hôpital ; depuis, règles douloureuses et leucorrhée. Douleurs si elle se fatigue.

Le 27 novembre dernier, les règles attendues, ne viennent pas, mais elle est, en revanche, prise de douleurs, de vomissements, avec anorexie ; les seins ne sont pas modifiés. Jusqu'au 15 décembre, douleurs vives à droite ; la malade se croyait enceinte et redoutait une fausse couche.

Le 15 décembre, hémorrhagie violente de 5 jours avec douleurs plus fortes. Le 20 décembre, douleurs plus violentes encore, syncopales, à droite, vomissements, etc.

Diagnostic : péritonite.

Le 29. Entre dans le service de M. Rendu ; amélioration légère. Le 31, rechute et douleurs à gauche puis amélioration. Le 24 janvier, époque présumée des règles, nouvelle poussée, métrorrhagie, fièvre — 39°. La malade passe en chirurgie le 2 février.

État actuel. — Facies pâle, amaigrissement, difficultés pour marcher. Le 12 février, examen sous le chloroforme ; masse globuleuse, du volume d'une tête de fœtus, dure, dépassant le pubis de 5 travers de doigt, médiane, mais un peu plus prononcée à droite, ne s'étendant pas cependant dans les fosses iliaques. Col en arrière et à droite. L'utérus n'est pas délimitable de cette masse, et les mouvements de cette dernière se transmettent au col. Douglas relativement libre. Diagnostic : rupture de grossesse tubaire avec extravasats sanguins et poussées péritonéales.

Laparotomie. — Le 12 février, masse blanc grisâtre médiane, grosse comme les deux poings, assez dure ; elle se rompt, des caillots rougeâtres apparaissent. Poche tomenteuse rougeâtre avec caillots, et embryon long de 8 centimètres et demi. Sur la paroi antérieure de la poche, une artère

donne violemment. On décortique la poche, l'utérus est en arrière et à droite. Le Douglas contient quelques caillots. Poche adhérente à gauche au gros intestin, à la vessie en avant.

La tumeur s'est développée dans la trompe gauche qui est sectionnée au ras de l'utérus.

Les annexes droites sont relativement saines, et sont laissées.

Lavage abondant, pas de drainage.

Exeat le 8 mars.

Obs. 11. — (inédite) Clinique de Necker. — Rosalie H..., 35 ans, ménagère, réglée à 16 ans, mariée à 22 ans et demi, 5 accouchements normaux, pas de fausse couche, le dernier accouchement il y a 20 mois. Règles revenues en août, retard en septembre. En octobre, légères pertes. Le 21, dans la nuit douleur syncopale, vomissements pendant un jour, fièvre. Le 30, pertes pendant 8 jours. Le 3 novembre, deuxième crise douloureuse, faiblesse, séjour forcé au lit. Entre le 9 novembre à Necker.

État actuel. — Pâleur, faiblesse, anorexie, température 39°,5 le soir. Tumeur allongée fluctuante, dans le cul-de-sac postérieur, ayant décollé le vagin jusque près de la vulve et remontant à droite. Au palper, masse se continuant dans la fosse iliaque droite.

Laparotomie. — Le 15 novembre, poche volumineuse remontant près de l'ombilic ; rupture, caillots et liquide jaunâtre, odorant (un verre environ). L'utérus est refoulé à droite. On essaie une décortication pénible. Parois épaisse de 1 centim. Impossible de reconnaître les annexes. Poche adhérente au rectum. *Fragments semblables à des débris de placenta.* Lavage, drainage vaginal par le cul-de-sac de Douglas.

Phlébite consécutive. Exeat le 21 février 1892. Guérie.

Obs. 12. — (inédite) Clinique de Necker. — Eugénie D..., 28 ans, ménagère.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement, mariée en 1888. Un an après, première couche normale ; 8 mois après, deuxième grossesse terminée par une fausse couche. Depuis, douleurs à gauche. Les règles se rétablissent normalement.

Le 23 avril, les règles, en avance de 2 jours, s'arrêtent brusquement ; 2 jours après, pertes roussâtres abondantes puis sanguines, douleurs à gauche plus accentuées.

La malade entre le 4 juin.

Le 19, dilatation utérine ; le 20, curettage, pertes et douleurs continuent.

Le 6 juillet, utérus gros antéfléchi. A droite, trompe assez grosse, adhérente. A gauche, tumeur du volume d'un gros citron, dure, irrégulière, prolongée vers la fosse iliaque gauche, distincte de l'utérus.

Laparotomie. — Le 7 juillet, trompe droite, et ovaires normaux. Ovaire gauche et trompe gauche compris dans une masse du volume du poing, adhérente. On essaie de décortiquer, la masse se rompt avec caillots, et liquide brunâtre. Fil de soie sur le pédicule, extirpation. Lavage du péritoine. Rupture de la partie externe de la trompe gauche. Exeat le 27 juillet 1892.

Obs. 13 (inédite). Clinique de Necker. — Marie B..., 27 ans, entre le 23 mai 1892.

Réglée à 13 ans, mariée à 17, trois grossesses normales. En avril dernier, suppression des règles. Le 1er mai, malaise ; le 2, douleurs vives, à droite, avec pertes légères. Le 7, douleurs extrêmement vives à droite, syncope, pertes avec membrane (caduque). Entre le 23 mai 1892.

Le 31, utérus en avant et à gauche. A droite, grosse tumeur arrondie, rénitente. Ligne blanche pigmentée, tubercules de Montgomery.

Diagnostic. — Grossesse extra-utérine rompue.

Laparotomie. — Le 2 juin, collection de sang noir liquide dans le cul-de-sac antérieur, limitée non par une poche, mais par des adhérences épiploïques. A droite, grosse poche formée aux dépens de la trompe et de l'ovaire droits, de la grosseur des deux poings, rompue à sa partie externe avec caillots. Décortication. Lavage ; suture.

Exeat le 25 juin.

Obs. 14 (inédite). Clinique de Necker. — Rosalie B..., 32 ans, blanchisseuse, entre le 1er mai 1851, à Necker, salle Lenoir.

Régéle à 11 ans et demi, et bien. Mariée à 18 ans ; deux couches régulières à 20 et 23 ans. A 26 ans et demi, première fausse couche de six mois ; à 27 ans et demi, deuxième avortement de six mois ; troisième, à 28 ans, et quatrième enfin de cinq mois et demi en décembre 1889 ; à la suite, elle reste longtemps souffrante. Pas de syphilis.

Le 24 mars 1891, elle venait d'avoir ses règles normales, douleur abdominale vive, ténesme, sueurs froides, pâleur. Dans la nuit, les douleurs augmentent, avec syncope ; elles ont persisté depuis avec fièvre, et les règles n'ont pas reparu quand elle entre à Necker. Elles reviennent à l'hôpital avec un retard de quatre jours, et sont normales comme durée et abondance. Pas de signes de grossesse, rien aux seins. Utérus un peu gros, porté en avant

et en haut (col entr'ouvert ; dans le cul-de-sac postérieur, une masse rénitente, ni fluctuante, ni dure, empiétant du côté droit et du volume d'un œuf d'autruche ; à droite, la tumeur est plus dure, bosselée et l'on semble percevoir à sa surface le relief irrégulier des annexes. L'examen après curettage de la muqueuse utérine ne révèle pas de cellules déciduales.

Diagnostic. — Grossesse tubaire rompue.

Laparotomie. — Le 14 mai 1891, la poche adhérente se déchire et laisse échapper des caillots ; elle est formée par la trompe droite rompue à sa partie postérieure. L'ovaire droit adhère à la partie inférieure et postérieure de la masse. Ablation bilatérale des annexes. Suture sans drainage. Mort le 18 mai.

La trompe droite est perméable jusqu'à 3 centim. de la corne utérine. Elle se dilate brusquement au niveau de son tiers externe, en une cavité pouvant contenir un gros œuf. Ses parois sont tomenteuses, et l'on y trouve adhérent un petit corps allongé, rougeâtre, charnu, organisé.

Obs. 15 (inédite). Clinique de Necker. — Nous avons trouvé mentionnés sur les registres de la clinique, mais sans autres indications, les cas suivants que nous rapportons sans détails :

a) Marie B..., 25 ans, cuisinière, entre le 9 décembre 1851, à Necker.

Laparotomie, le 21 décembre, pour hématosalpinx par grossesse tubaire droite. Mort le 26 décembre. Rein suspect.

b) Marie H..., 25 ans, ménagère, entre le 19 septembre 1892 à Necker.

Laparotomie, le 6 octobre, pour hématosalpinx gauche. Guérison. Exeat le 5 novembre.

c) Amélie C..., 31 ans, laparotomie le 21 novembre 1892, pour hématocèle rétro-utérine par rupture d'une grossesse tubaire gauche. Guérison. Exeat le 21 décembre.

Obs. 16 (inédite), due à l'obligeance de M. Monod. — La femme R..., 38 ans, entre le 28 mars 1893, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Gosselin.

Réglée à 15 ans, et bien ; ni couches, ni fausses couches. Le 8 janvier dernier, les règles ne viennent pas ; elle est prise de douleurs abdominales vives, de picotements dans les seins et a deux défaillances ; le 22, nouvelle crise avec vomissements, vertiges ; perte légère jusqu'au 9 mars.

Le 9, douleurs et perte plus considérable ; le 22 mars, expulsion de caillots et d'une caduque. Le 28, à l'examen, on trouve le col dur, fermé ; l'utérus est porté à droite ; dans le cul-de-sac postérieur et gauche, on sent

une tumeur rénitente, assez volumineuse. Pas de phénomènes inflammatoires Colostrum et tubercules de Montgomery aux seins.

Diagnostic. — Grossesse extra-utérine ; la laparotomie est décidée.

Le 9 avril, deuxième examen. Cinq minutes après, douleurs violentes au creux épigastrique, nausées, défaillance. On diagnostique la rupture et on se tient prêt à intervenir si les phénomènes s'aggravent. Morphine, repos. Deux heures après, les douleurs et les nausées ont diminué ; six heures après, les douleurs ont réaugmenté, le pouls est mou ; la température vaginale est à 38°,8. La rupture est certaine. La nuit se passe mauvaise, sans sommeil, avec vomissements et douleurs. Le 10 avril, la température est à 37°,7, le pouls est petit, mou.

Laparotomie. — Sang et caillots noirâtres dans le péritoine ; poche adhérente à la partie gauche de l'utérus, difficile à détacher et qui vient par fragments. On ramène ainsi des caillots, un placenta et un embryon de la grosseur d'un haricot volumineux, muni d'un cordon très grêle, très reconnaissable. Peu d'hémorrhagie ; suppression des annexes droites ; Mickulicz compressif. L'opération a duré trois quarts d'heure. Le pouls est petit ; caféine, éther, 100 gr. de liquide de Chéron. Mort à six heures du soir.

AUTOPSIE. — L'hémorrhagie a continué ; l'abdomen est plein de caillots ; à gauche, il reste des fragments de poche formés par la trompe, adhérents à l'utérus et au ligament large. L'utérus mesure 7 centimètres et demi.

OBS. 17 (inédite), due à l'obligeance de M. MONOD. — C..., 28 ans, entre le 29 février 1892, à Saint-Antoine, salle Cruveilhier.

Réglée à 14 ans, régulièrement ; deux enfants, le dernier, il y a 4 ans et demi. Depuis, douleurs vagues dans le bas-ventre et fatigue facile ; sensation de boule mobile dans l'abdomen. En décembre 1891, retard de règles de 15 jours ; elle consulta le Dr Damalix qui ne trouve rien d'anormal. Le 1er janvier 1892, douleur vive subite avec lipothymie. Elle est obligée de s'aliter huit jours. Le 15 janvier, fausse couche sous forme d'un caillot dur, affirmé par un médecin être un embryon ; depuis, pertes continues mais pas très fortes, pour lesquelles elle entre à l'hôpital.

A l'examen. — Douleurs à droite ; col gros mais ferme ; utérus peu mobile, rien du côté gauche ; à droite, tumeur du volume d'une orange, adhérente à l'utérus et mobile avec lui, se continuant sous forme de croissant dans le cul-de-sac postérieur. En avant de la tumeur, un cordon arrondi, roulant sous le doigt, donne la sensation de la trompe augmentée de volume. Pas de fièvre. Repos.

Laparotomie. — Le 29 mars. Tumeur en arrière du ligament large que l'on sectionne entre deux clamps ; adhérente à l'utérus et à l'intestin ; elle crève dans les manœuvres d'extraction, et laisse échapper avec des caillots un fœtus de trois mois environ. On extirpe la poche qui contient encore une masse grosse comme une mandarine, fixée à la face postérieure de l'utérus et au côlon ascendant. Pédiculisation et ligature en X. Nettoyage du ventre à l'éponge. Suites excellentes ; le 5 avril, état très satisfaisant.

La tumeur enlevée est formée par la trompe droite, normale dans ses deux tiers internes, dilatés dans son tiers externe, pour former la poche ; son pavillon a disparu. La masse y contenue est le placenta. Le fœtus mâle, de trois mois environ, mesure 12 centim.

Obs. 18 (inédite), due à l'obligeance de M. Broca. — Marie C..., 32 ans, couturière, entre le 6 mai 1892 à Bichat, salle Chassaignac, lit 4. Réglée à 13 ans et d'une façon toujours très irrégulière, elle a eu de 1878 à 1852, six grossesses dont cinq à terme et un accouchement prématuré à six mois et demi. Sa troisième couche, en 1883, fut suivie, dix jours après, de signes de péritonite pour laquelle elle se soigna pendant sept mois. Depuis, la malade se plaint du côté droit ; à ces souffrances mal définies se sont ajoutées, à la suite de sa dernière couche et toujours du côté droit, des douleurs comparables à celles de l'accouchement, dans les lombes et dans le flanc.

Examen. — Ventre souple, peu sensible sauf à une forte pression. Au toucher, col pointu ; dans le cul-de-sac droit et se prolongeant en arrière, tuméfaction dure, rénitente, douloureuse. Le 11 mai, veille de l'opération, nouvel examen par M. Broca. La malade ne perdait rien et cependant le doigt vaginal ramène du sang noirâtre et fluide.

Laparotomie. — Le 12 mai 1892 ; position de Trendelenburg ; incision de l'ombilic à la symphyse. A l'ouverture du ventre, sang sépia, fluide, dans le péritoine. En bas, adhérences de l'S iliaque au cæcum fermant le Douglas au-dessus des trompes et du fond de l'utérus. Décollés assez facilement, les intestins sont rabattus en haut et maintenus par des compresses. Le Douglas est plein de caillots cruoriques que l'on enlève à la main. On décortique les annexes qui adhèrent des deux côtés à l'utérus et à la paroi pelvienne ; pédiculisation et section. Nettoyage du Douglas au tampon. Suture à trois plans. Pansement avec compresse antiseptique. L'opération a duré quarante-cinq minutes.

Suites normales ; la température a atteint 38° le 13 et le 15 au soir pour retomber ensuite et se maintenir à 37°. Ablation des fils, le 19 et le 21. Exeat le 6 juin.

La malade a été revue à plusieurs reprises. En février 1893, elle allait très bien, mais n'était pas réglée.

Examen des pièces. — Ovaires scléro-kystiques des deux côtés; hémato-salpinx à droite; mais la trompe correspondante, contenant un caillot fibrineux, ne présentait pas de rupture.

Examen histologique, par PILLIET. — La tumeur sanguine est de petit volume, et les coupes faites en son point le plus épais peuvent la comprendre tout entière, paroi et caillots adhérents compris. On constate aisément au microscope la structure typique de *l'insertion placentaire* sur la trompe. La paroi est extrêmement amincie, les franges et le chorion de la trompe sont supprimés, les plans musculaires lisses, refoulés par le caillot, sont très minces, confondus et ne formant plus de couches distinctes. Sur certains points, ils existent à peine. La couche sous-péritonéale, quoique très mince, est plus épaisse que normalement, ce qui tient aux vaisseaux dilatés et scléreux qui la remplissent; ces vaisseaux sont surtout des artérioles et des veinules.

Le caillot lui-même contient peu de *villosités*. Elles sont très petites, absolument scléreuses, ne contiennent plus de capillaires, et sont par conséquent imperméables. Elles ne sont recouvertes que par places des cellules à noyaux multiples de l'ectoderme. Le caillot est assez uniforme, mais nullement organisé.

En résumé, grossesse tubaire ancienne avec atrophie très prononcée des villosités et amincissement considérable de la paroi. Il est à présumer que la malade avait dû présenter depuis quelque temps des hémorrhagies répétées.

Nous ajouterons simplement que le fait nous paraît devoir être rangé parmi les avortements tubaires, puisque on a trouvé des caillots dans le Douglas, sans déchirure de la trompe, et que celle-ci contenait un œuf atrophié, présentant les caractères de ce que Bland Sutton a nommé môle tubaire.

OBS. 19 (inédite), due à M. BROCA. — Marguerite C..., 29 ans, entre le 9 mai 1892 à Bichat, salle Chassaignac, lit n° 4.

Réglée à 14 ans, et bien jusqu'à 21 ans, alors (1884) première grossesse.

En 1886, avortement à six mois; en 1891, fausse couche de six semaines. Bien réglée tout l'hiver. Attendait ses règles, le 6 avril; elles n'ont pas paru jusqu'au 20 avril, où elles ont duré douze heures seulement, accompagnées de légères douleurs abdominales. Quelques jours après, crise dou-

loureuse subite, très vive, siégeant des deux côtés, à l'hypogastre. État syncopal et douleurs à crier, pendant cinq heures ; la perte a reparu, elle continue depuis. La malade est restée quinze jours au lit et s'est levée pour venir à l'hôpital.

Examen. — Ventre gros, douloureux. Au toucher, douleur et tuméfaction dans le cul-de-sac latéral droit et en arrière. Depuis son entrée à Bichat, la tumeur est devenue plus petite et plus souple. La veille de l'opération, le toucher vaginal ramène du sang sépia ; la malade n'était pas cependant au moment de ses règles.

Laparotomie. — Le 16 mai 1892. Incision médiane sous-ombilicale ; parois graisseuses. Le péritoine ouvert, on voit à droite, dans la fosse iliaque, remontant presque à l'ombilic, une tumeur qui, dès le premier aspect, est certainement la trompe distendue. La tumeur adhère au cæcum, puis à l'S iliaque, fixée au-dessus du bassin par ses franges épiploïques. Mais ces adhérences sont molles, faciles à détacher sans compromettre l'intestin, qui, cela fait, est refoulé vers le diaphragme (position renversée) et, dès ce moment, est protégé par des compresses. La tumeur est friable et la main retire à plusieurs reprises du Douglas des caillots cruoriques qui le remplissent. Le bassin dégagé, on pédiculise la trompe remplie par un caillot consistant, en partie fibrineux, long de 10 centim. environ sur 6-7 de large à sa partie moyenne. Au-dessous est l'ovaire, déchiqueté. *Pas de rupture appréciable* au niveau de la trompe. Les annexes gauches sont enlevées : ovaire scléro-kystique, salpingite catarrhale simple. Nettoyage du Douglas aux tampons montés ; suture à trois plans, sans drainage. Pansement à la compresse antiseptique. L'opération a duré une heure.

Suites. — Normales ; le 16 et le 19, T. 38°,5 ; puis 37°. Exeat le 8 juin. Revue en bon état, le 1er février 1893 ; était bien réglée.

Examen des pièces. — La trompe droite fendue est remplie par un caillo où l'on ne trouve rien ressemblant à un fœtus.

OBS. 20 (inédite), due à l'obligeance de M. BROCA. — Julie H..., 34 ans, cartonnière, entre le 16 septembre 1892 à Bichat, salle Chassaignac, n° 18.

Règles régulières et abondantes. Quatre grossesses sans suite fâcheuse. Le 23 juillet 1892, à l'époque de ses règles, la malade est prise d'une violente douleur dans le côté gauche du bas-ventre, qui l'oblige à s'aliter. Depuis, métrorrhagies continuelles, qui l'amènent à l'hôpital.

Examen. — Le 20 septembre, au palper et dans le côté droit de l'abdomen, masse de la grosseur du poing, assez sensible, à surface bosselée. Au tou-

cher, utérus situé en arrière et à gauche de la tumeur, qui s'accole directement à lui et n'en est pas séparée nettement ; col normal. La tumeur est mobile avec l'utérus, peu douloureuse ; et donne la sensation d'une poche tendue. A gauche, annexes augmentés de volume.

Laparotomie. — Le 24 septembre, sous chloroforme. Incision médiane allant d'emblée de l'ombilic à la symphyse. Ventre flasque ; manœuvres faciles. Épiploon adhérent en bas à la fosse iliaque droite ; dès qu'on l'a écarté un peu par côté, sans avoir encore rompu d'adhérences, on aperçoit dans le péritoine une certaine quantité de sang liquide, brunâtre (et la malade qui ne perdait rien au moment où on l'a sondée juste avant de l'en-l'endormir, perd au moment où on l'apporte sur le lit d'opération un sang brun et fluide). L'épiploon est décollé facilement, et l'on arrive alors sur une masse de caillots située entre l'épiploon, le cæcum et des anses d'intestins grêles, le tout réuni par des adhérences molles, faciles à décoller avec l'ongle. Sous les caillots fibrino-cruoriques est une poche formée par la trompe. Cette poche ne plonge pas dans le Douglas, mais remplit la fosse iliaque droite et passe dans la fossette péri-utérine. Caillot et trompe sont gros comme le poing ; l'appendice vermiculaire lui adhère en arrière. Sous la trompe, tombant dans l'excavation, est l'ovaire, gros comme une petite mandarine, non adhérent, contenant un gros kyste à liquide citrin, qui se rompt pendant les manœuvres. La trompe et l'ovaire, sont détachés du ligament large après une double ligature et sectionnés. Le péritoine de la trompe est suturé à la soie fine. En arrière, une petite déchirure du ligament large est également suturée à la soie.

La trompe gauche un peu rouge et moniliforme, l'ovaire gauche gros et kystique, non adhérents, sont également enlevés après double ligature à la soie.

Toilette péritonéale ; rien ne saigne ; suture, sans drainage. Pansement à la compresse aseptique. L'opération a duré 45 minutes.

Suites : le 24 au soir, 36°,4 ; le 25, 37°,8 ; 600 gr. d'urines.

Le 26 au soir, 38° ; 800 gr. d'urine ; lavement et purgatif.

Le 27 au matin, 38°, vomissements verts ; ventre ballonné ; peau encore élastique ; n'a rendu ni selles, ni gaz ; le soir, 38°,8 ; la malade meurt à 10 heures.

Autopsie. — Hémorrhagie interne très considérable, d'au moins deux litres avec caillots remplissant tout le petit bassin, et provenant du glissement de la ligature du pédicule droit. Le péritoine ne paraît pas enflammé, mais on trouve des traces d'un commencement de suppuration au niveau du

pédicule droit ; le pus, après culture, ne contenait exclusivement que du bactérium coli commune.

Les autres organes sont sains.

Obs. 21 (inédite). — Due à l'amitié de notre collège Pauchet. — Femme B..., 27 ans, ayant eu une fausse couche il y a deux ans, jamais de grossesse,

Pas réglée depuis deux mois, pas de lait dans les seins. Il y a 5 jours. douleurs, coliques utérines, expulsion de quelques caillots. Perd depuis ce temps. Hier soir, douleurs atroces dans le ventre. Médecin appelé applique des compresses glacées. Vomissements verts. Malade entre ce matin pour péritonite.

Diagnostic. — Grossesse tubaire rompue, facies blême (hémorrhagie interne),pouls petit, état syncopal. Ventre ballonné. Col légèrement ramoll. Rien dans les culs-de-sac. Ventre douloureux à la pression.

Laparotomie. — 1 litre et demi environ de sang en caillots. Embryon de 2 mois environ.

A droite, trompe dilatée et rompue, épaissie, irrégulière, tomenteuse au point rompu. Le reste de la surface externe est plus lisse. L'autre trompe est grosse, mais non kystique. Extirpation des annexes. Drainage de Michulitz. Injection de 900 gr. de sérum artificiel. Guérison au bout de 18 jours.

Obs. 23 (inédite), due à l'obligeance de notre ami Pauchet. — Femme de 29 ans, soignée deux fois pour affection utérine. Plus de règles depuis sept semaines. Il y a quatre jours, douleur brusque à droite; puis phénomènes de péritonisme, ballonnement, vomissements, douleurs abdominales.

Amenée à Beaujon, à 6 heures du soir.

Le lendemain matin, état de prostation, extrême pâleur, pouls à peine perceptible, ventre gros. *Rien dans les culs-de-sac* sauf la sensibilité aux mouvements de l'utérus.

Laparotomie. — Quantité de sang énorme (un litre au moins) trompe rompue à droite, extirpation, drainage. Mort le soir même.

Les observations suivantes ont été recueillies dans diverses publications; parfois très écourtées, nous avons essayé de reconstituer leurs traits essentiels.

Obs. I. — Hégar (*Soc. obstétr. de Berlin*, 14 décembre 1888). — Un cas de laparotomie pour rupture de grossesse tubaire gauche; mort trente-six

heures après, par hémorrhagie secondaire due à des brides situées à la face postérieure de l'utérus que l'on avait déchirées.

Obs. II. — Terrillon (*Soc. obst. de Paris*, 8 mai 1889). — *Laparotomie* pour hématocèle par grossesse tubaire rompue de quatre mois, avec fœtus. Mort.

Obs. III. — Clempin (*Soc. obst. de Berlin*, 26 avril 1889). — *Laparotomie* pour rupture d'une grossesse tubaire de trois mois, avec épanchement péritonéal très abondant ; guérison.

Obs. IV. — Routier (*Annal. de gynécol.*, 1890, p. 8) a rapporté trois observations de laparotomie pour grossesse tubaire rompue avec hématocèle :

a) *Laparotomie* le 25 juillet, guérison ; exéat le 17 août.

b) Crise le 28 septembre ; *opération* le 4 octobre ; exéat le 28.

c) Crise le 10 octobre ; *opération* le 19 ; exéat le 12 novembre.

Obs. V. — Alban Doran (*British medical.*, octobre 1891). — Femme de 36 ans, deux fausses couches ; une couche normale. Plusieurs crises douloureuses avec syncopes. — *Laparotomie.* Ablation bilatérale des annexes, drainage par le Douglas, guérison. Grossesse tubaire double, à droite, non rompue, avec villosités, caillot adhérent ; à gauche, rompue, avec villosités.

Obs. VI. — Robb (*John Hopkins Hospital Bulletin*, 1891, n° 17). — Femme ayant eu une crise, une semaine avant son entrée à l'hôpital ; ventre fluctuant. — *Laparotomie.* Rupture de la trompe droite ; extirpation des annexes droites. Mort.

Obs. VII. — Ch. Hamilton (*New-York med. J.*, 1891). — Femme de 30 ans, signes de rupture ; état très grave ; collapsus. — *Laparotomie.* Guérison.

Obs. VIII. — Bauga (*New-York med. J.*, 1891, janvier). — Femme de 40 ans, IIIpare ; aménorrhée de trois mois ; crise, syncope, pertes, tumeur dans le cul-de-sac postérieur ; utérus refoulé en avant. — *Laparotomie.* Caillots, fœtus ; grossesse tubaire rompue avec hématocèle. Guérison.

Obs. IX. — Mann (*Amer. J. of obst.*, février 1891) a rapporté trois cas

a) Femme de 27 ans, crise, perte ; tumeur à droite qui grossit rapide-

ment. — *Laparotomie*. Grossesse tubaire droite rompue, avec placenta Guérison.

b) Femme multipare, ni couches, ni fausses couches. Crise, signes de péritonite. — *Laparotomie*. Caillots, sang liquide ; fœtus, placenta. Guérison.

c) Femme laparotomisée pour hémorrhagie grave par rupture d'une grossesse tubaire droite ; on ne trouve ni fœtus, ni placenta. Guérison.

OBS. X. — SCHNEIDER (*Deutsch. med. Woch.*, 1892, n° 40). — Grossesse tubaire droite, rompue ; hématocèle rétro-utérine. *Laparotomie*. Guéricon.

OBS. XI. — SIPPEL. (*Deutsch. med. Woch.*, 1852, n° 37). — *Laparotomie* pour grossesse tubaire rompue ; hémorrhagie. Mort.

OBS. XII. — RICHELOT (Thèse de MORIGNY). — Femme de 30 ans ; IIpare, dysménorrhéique, douleurs brusque avec perte. — *Laparotomie* en décembre 1889, ablation bilatérale des annexes. Guérison. Grossesse tubaire gauche rompue.

OBS. XIII. — REYNIER (*Soc. chir.*, avril 1892). — Femme de 30 ans ; diagnostic salpingite ; rupture pendant son séjour à l'hôpital. — *Laparotomie*. Grossesse tubaire gauche avec cavité amniotique et villosités. Guérison.

OBS. XIV. — CH. BOISLEUX (*Ann. Soc. obst. de France*, 22 avril 1892). — Femme qui, en janvier 1891, voit ses règles se supprimer ; en février, douleurs à droite et signes de grossesse ; en mars, pertes ; en avril, on l'examine, tumeur à droite ; curettage ramène fragments de caduque ; diagnostic : grossesse tubaire ; le 19 avril, douleurs, crise hémorrhagique ; état grave. — *Laparotomie*. Grossesse tubaire rompue à droite. Guérison.

En mai, retour des règles ; en juin, douleurs à gauche ; à l'examen, tumeur à gauche qui grossit rapidement, devient élastique, rénitente.

Le 17, *laparotomie*, Grossesse tubaire gauche qui se rompt avec hémorrhagie ; impossibilité de lier et de pédiculiser. Tamponnement à l'ouate imbibée de sublimé acide, drainage par le Douglas. Le 18, ablation des tampons ; le 27, du drain ; le 28, la malade se lève.

OBS. XV. — RUFUS HALL. (*Améric. J. of obst.*, décembre 1892, p. 909.) — Rapporte cinq cas de rupture de grossesse tubaire avec laparotomie et guérison : *a*) Grossesse tubaire gauche avec fœtus ; signes de rupture dans le ligament large ; en réalité, rupture intrapéritonéale ; *b*) grossesse tubaire

droite, avec expulsion de caduque; rupture; *c)* Grossesse tubaire gauche, rompue avec hématocèle et placenta; *d)* grossesse tubaire droite avec placenta ; *e)* grossesse tubaire rompue avec fœtus.

OBS. XVI. — STONE (*Amer. Journ. of obst.* 1892, p. 500). — Veuve de 40 ans, niant toute possibilité de grossesse; aménorrhée de quatre mois, pertes; tumeur à droite. *Laparotomie* deux heures après; grossesse tubaire droite avec fœtus de trois mois macéré et placenta. Mort.

C'est un des très rares cas où l'hémorrhagie se produit abondante, longtemps après la mort du fœtus.

OBS. XVII. — MORRILL (*Amer. J. of obst.*, 1892, p. 79). — Grossesse tubaire droite chez une femme présentant des signes présomptifs ; douleur, crise. — *Laparotomie.* On ne put intervenir à cause des adhérences. Quelque temps après, expulsion par le rectum d'un fœtus de trois mois et demi.

OBS. XVIII. — KRUG (*ibidem*, p. 249-382) rapporte deux cas : *a)* grossesse tubaire droite ; crise; rupture; ablation; pas de fœtus; guérison ; *b)* grossesse tubaire droite, rompue; ablation, fœtus. Guérison.

OBS. XIX. — WALSH (*Medical News*, 1892). — Novembre. Femme de 33 ans; à 22 ans, pelvi-péritonite; depuis, règles irrégulières; stérilité ; retard de dix semaines, sans signe de grossesse. Le 29 juin, crise, collapsus; diagnostic : rupture. — *Laparotomie.* Sang libre; décortication rapide du placenta et de la poche ; hémorrhagie inquiétante; tampon. Guérison.

OBS. XX. — TAYLOR (*British medical*, 1892). — *Laparotomie* suivie de guérison avec rupture précoce et hémorrrhagie diffuse. Guérison.

OBS. XXI. — HALL (*Amer. Journ. of obst.*, 1892, p. 87). — Femme de 32 ans, aménorrhée ; pertes ; crise. — *Laparotomie.* Grossesse tubaire droite, rompue dans le Douglas et suppurée ; pas de fœtus ; drainage. Guérison lente.

OBS. XXII. — BOWLBY (*Lancet*, 30 avril 1892, p. 971). — Femme de 37 ans; un enfant, il y a quatorze ans; règles régulières jusqu'à il y a trois mois; douleurs pelviennes depuis dix-huit mois; il y a trois mois; douleurs très fortes à droite, avec suppression des règles et signes de grossesse. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, crise, collapsus, vomissements. Masse à droite, du volume de la tête d'un fœtus; col mou, ouvert; utérus à droite.

— *Laparotomie.* Sang libre et caillots dans le péritoine ; fœtus de quatre mois et demi, situé aux abords du rein gauche ; kyste fœtal formé par la trompe droite rompue ; suture de la poche à la paroi. Mort, seize heures après.

Obs. XXIII. — Aust. Lawrence (*Brit. medic.*, 26 novembre 1892). — Femme de 26 ans ; primipare ; aménorrhée d'un mois ; signes de grossesse ; quatre crises en septembre ; consulte en octobre. — *Diagnostic.* Grossesse tubaire droite rompue. — *Laparotomie*, drainage. Guérison.

Le même auteur a fait six laparotomies pour rupture, avec quatre succès.

Obs. XXIV. — Byers (*Brit. Med.*, avril 1893). — Une *laparotomie* pour grossesse tubaire gauche rompue, avec fœtus. Guérison.

Obs. XXV. — Cabot (*Boston medical*, 1893) rapporte trois observations :

a) Femme de 25 ans ; dysménorrhée ; douleurs à droite ; tumeur dans la fosse iliaque. — *Laparotomie.* Rupture de la trompe droite, avec ovisac dans le tiers externe ; drainage. Guérison.

b) Femme de 33 ans. Une fausse couche, il y a six ans ; depuis, dysménorrhée et douleurs à droite. En avril 1892, aménorrhée, gonflement des seins. Le 10 juin, légère perte. Le 23, expulsion d'une caduque et perte plus abondante. Le 1er juillet, douleur vive à droite. A l'examen, tumeurs à droite et à gauche, celle-ci plus petite. — *Laparotomie.* Ablation bilatérale des annexes ; à droite, ovaire kystique ; à gauche, grossesse rompue ; drainage. Guérison.

c) Femme de 34 ans. Aménorrhée ; douleurs ; vomissements ; tumeur à gauche. — *Laparotomie.* Grossesse tubaire rompue avec hématocèle suppurée ; drainage. Guérison.

Obs. XXVI. — Fanny Berlin (*ibidem*). — Femme de 29 ans, IIpare. Le 25 septembre 1892, douleurs vives à droite ; comme la veille, elle avait avalé pas mal de grains de raisin ; on fit le diagnostic de colique appendiculaire. Cependant, la pâleur et les signes d'hémorrhagie qui survinrent, le 20 octobre, avec apparition d'une tumeur dans le cul-de-sac postérieur, firent ouvrir le ventre, le 24. Grossesse tubaire droite avec villosités choriales. Pas de drainage. Guérison.

Obs. XXVII. — Boland (*ibidem*). — Femme prise de signes d'anémie grave, par rupture de la trompe gauche. — *Laparotomie.* Fœtus et amnios ; pas de drainage. Guérison.

Obs. XXVIII. — Worcester (*ibidem*). — Femme de 30 ans, règles irrégulières, en retard d'une semaine ; pertes, douleurs ; utérus gros ; signes de grossesse ; le 23 mars, crise très grave, colapsus, 12 heures après. — *laparotomie :* rupture de la trompe droite ; fœtus. Guérison.

Obs. XXIX. — Worcester (*ibidem*). — Femme de 19 ans, dernières règles le 28 mars ; le 8 mai, crise ; diagnostic : péritonite. Le 24, tumeur à droite du volume d'une noix de coco ; le 25, *laparotomie :* trompe droite dilatée et rompue ; avec caillot adhérent et cellules déciduales. Drainage. Guérison.

Obs. XXX. — Worcester (*ibidem*). — Femme de 35 ans, une fausse couche ; depuis, rétroversion et douleurs ; dernières règles le 28 mai 1892 ; le 7 juillet, douleurs vives dans le bas ventre ; le 11, utérus fixé sans déviation ; trompe droite augmentée de volume ; le 16 et 19 juillet, nouvelles crises avec vomissements, la masse droite augmente, gagne la fosse iliaque et la partie antérieure de l'utérus. — *Diagnostic :* grossesse tubaire. Le 22, la laparotomie est décidée ; en allant à la salle d'opération, la malade sentit quelque chose de chaud dans son ventre. *Laparotomie* — caillots et sang libre ; ablation des annexes droites ; drainage du Douglas. Guérison.

Obs. XXXI. — Worcester (*ibidem*). — Femme de 30 ans, 1 accouchement au forceps ; bien réglée jusqu'au 4 août 1892, où elle perdit moins que d'habitude ; en septembre, aménorrhée ; elle se croit enceinte. Le 11 septembre, douleurs subites et terribles dans le bas-ventre ; le 15, nouvelle crise ; syncope ; pouls à 120 ; tumeur dans le Douglas, elle refuse l'opération.

Le 2 octobre, même état ; le 3, *laparotomie* sang noir et caillots libres, décortication difficile des annexes droites, drainage au tube de verre. Guérison.

Obs. XXXII. — Worcester (*ibidem*). — Femme 31 ans, IIpares ; depuis la dernière couche, douleurs pléviennes ; une fausse couche, il y a trois ans, dernières règles en décembre 1890, plus douloureuses et plus fortes que d'habitude. A la suite, crise douloureuse, décubitus forcé ; impossibilité de lever la jambe gauche ; douleur et masse à gauche, sensible à travers l'abdomen ; utérus à droite ; masse à gauche et dans le cul-de-sac postérieur.

Le 18 janvier, laparotomie, tumeur globuleuse reliée au fond de l'utérus

rompue dans les manœuvres avec issue de caillots, formée par la trompe dilatée, perdue au milieu de la masse, et contenant dans son tiers externe un caillot ferme très adhérent de deux pouces de long. Annexes gauches malades enlevées. Choc considérable. Guérison.

Obs. XXXIII. — Cragin (*Amer. Journ. of obst*, 1893, p. 65), rapporte cinq cas :

a) Femme de 31 ans, 1 couche et une fausse couche ; aménorrhée de deux mois, avec pertes. Masse en arrière et à gauche —*Laparotomie* le 7 septembre, sang rutilant annonçant une rupture récente ; ablation de la trompe gauche rompue, drainage. Mort trente six heures après.

b) Femme de 37 ans, aménorrhée de trois mois; crise le 19 janvier 1890, puis le 4 et le 18 février. Le 20, *laparotomie ;* fœtus et placenta ; le sac est laissé en place ; drainage. Guérison.

c) Femme ds 21 ans ; aménorrhée de deux mois et demi ; crise en août, avec masse à gauche ; rupture le 6 septembre. Le 20, fièvre, douleurs, augmentation de la masse. — *Laparotomie :* hématome du ligament large en train de résorber ; rupture d'un pyosalpinx droit. Guérison.

d) Femme de 27 ans, aménorrhée de deux mois et demi ; crise en mai, juin, juillet. Le 13, laparotomie ; rupture de la trompe gauche, placenta et fœtus, drainage. Guérison.

e) Femme de 32 ans, aménorrhée de 2 mois et demi ; crise en mai e juin ; masse à gauche ; le 20 juillet. *Laparotomie*. Rupture de la trompe gauche, sans hémorrhagie, parce qu'il y avait des adhérences, drainage. Guérison.

Obs. XXXIV. — Reed (*ibidem*).— Femme de 32 ans, opérée une première fois le 20 mars 1891, au lendemain d'une crise pour une rupture de la trompe gauche. Réopérée le 26 août 1892, pour une rupture d'une grossesse tubaire droite de 3 mois, par Beck.

Obs. XXXV. — Coe (*ibidem*) rapporte un cas de grossesse tubaire droite. — *Laparotomie* avec succès, contenant un vieux sac avec fœtus momifié datant de 12 ans, et un deuxième sac récemment rompu, avec un deuxième fœtus de trois mois.

Obs. XXXVI.— Watkins (*ibidem*, p. 583).— Femme de 29 ans, grossesse tubaire gauche ; rupture. — *Laparotomie* : Chorion, amnios ; guérison.

Obs. XXXVII. — Nammack (*ibidem*, p. 605). — *Laparotomie* pour rupture de grossesse tubaire gauche, du volume d'un œuf. Guérison.

Obs. — XXXVIII. — Peck (*ibidem*, p. 409) rapporte 4 cas :

a) Rupture de la trompe gauche. — *Laparotomie*. Guérison.

b) Rupture de la trompe droite ; collapsus ; pas de pouls ; injections de strychnine et de nitroglycérine. — *Laparotomie*. Guérison.

c) Rupture de la trompe droite ; collapsus ; injections de strychnine. *Laparotomie*, fœtus de deux mois. Guérison.

d) Rupture de la trompe gauche ; collapsus ; strychnine. — *Laparotomie* 16 heures après. Mort sur la table d'opération.

Obs. XXXIX. — Hanks (*ibidem*, p. 427). — Femme ayant déjà eu une grossesse tubaire gauche traitée heureusement par l'électricité ; deuxième grossesse tubaire ; pendant 4 jours, l'électricité galvanique ; comme les pertes continuent quand même, *laparotomie*. Grossesse tubaire droite rompue, avec hématocèle. Guérison.

Obs. XL. — Martin (*Berliner Klin. Woch.*, 1893, nº 23). — Rapporte 5 cas.

a) Grossesse tubaire droite, avec fœtus de 10 centim. Caillots et sang libre dans l'abdomen ; adhrences intestinales. — *Laparotomie*. Mort.

b) Grossesse tubaire droite, avec sang dans le péritoine, et hémorrhagie dans un kyste de l'ovaire correspondant. Mort 6 heures après.

c) Grossesse tubaire gauche, sans fœtus, de cinq semaines environ et du volume du poing. Guérison.

d) Grossesse ectopique, de variété ovarique ; hémorrhagie dans la trompe droite adhérente à l'utérus ; ablation. Guérison.

e) Grossesse tubaire gauche, développée dans l'ampoule, avec caillots. — *Laparotomie*. Guérison après plusieurs collapsus.

Obs. XLI. — Mackenrodt (*Cent. f. Gynæk.*, 1893, nº 22) cite quatre cas opérés et guéris :

a) Grossesse tubaire droite avec villosités choriales, sans fœtus et salpingite gauche. Guérison.

b) Grossesse tubaire gauche, chez une femme de 31 ans, crise. *Laparotomie*. Villosités choriales sans fœtus. Guérison.

c) Grossesse tubaire droite, avec pyosalpinx gauche ; rupture ; hémorrhagie considérable. — *Laparotomie*. Guérison.

d) Femme de 28 ans, tous les signes d'une grossesse ectopique : seins, nausées, etc., crise tumeur à droite. — *Laparotomie.* Guérison.

Obs. XLII. — X... (*New-York med.*, 1893). — Femme mariées depuis un an, aménorrhée de deux mois ; crise, en faisant son lit. — *Laparotomie.* On tombe sur un sac adhérent formé par la trompe droite très dilatée, qu'il est impossible d'enlever. Drainage. Guérison très lente.

Obs. XLIII. — Homans (*Boston medical*, 1893), rapporte deux cas, laparotomisés, l'un avec mort, chez une femme grosse de quatre semaines, l'autre avec guérison, après rupture de la trompe droite.

Obs. XLIV. — Makecknie (*ibidem*). — Femme de 26 ans ; une couche Crise le 12 juin ; mort imminente, teint de cadavre, collapsus ; morphine, atropine. 16 jours après, nouvelle crise ; le 29 juin, *laparotomiê ;* caillots libres ; rupture de la trompe droite. Guérison.

Obs. XLV. — Baker (*ibidem*). — Femme de 34 ans ; une fausse couche de six mois ; retard d'une semaine ; douleurs ; utérus gros, porté à droite. 13 jours après, la masse a grossi. Le 17 mars, *laparotomie* dans le Douglas, masse comme un citron que l'on enlève après décortication ; c'était une grossesse tubaire droite, avec villosités choriales. Guérison.

Obs. XLVI. — Shaw-Mackenzie (*Brit. Medical*, 1892), cite trois cas opérés par Cleghorn de Blenheim, avec succès.

Obs. XLVII. — Gifford Nash (*ibidem*). — Femme de 40 ans ; huit enfants sans fausse couche ; rein mobile à droite. Crise le 21 janvier, après une aménorrhée de deux mois. Collapsus ; expulsion de caduque. — *Laparctomie* le 23 janvier : grossesse tubaire gauche avec fœtus de 7 centim. Guérison.

Obs. XLVIII. — Walter (*ibidem*). — Femme de 22 ans, avec signes de grossesse ; le 25 février, crise à la suite d'une purge ; le 26, *laparotomie* : rupture de la trompe droite ; les deux trompes étaient gravides. Guérison.

Obs. XLIX. — Burford (*ibidem*, 1893). — *Laparotomie* pour avortement de la trompe gauche gravide ; hémorrhagie libre. Guérison.

Obs. L. — Lawrence (*ibidem*). — Femme de 26 ans ; aménorrhée en

août et septembre, signes de grossesse ; crises le 20 septembre, le 24, le 26 ; le 1er octobre, collapsus. — *Laparotomie* : rupture d'une grossesse tubaire droite .Guérison.

Il a opéré six cas semblables, avec quatre guérisons.

Obs. LI. — Edis (*ibidem*, 22 octobre). — Femme de 32 ans ; Nullipare, dernières règles le 1er décembre ; le 14 janvier, crise ; le 7 février et le 9, nouvelles crises, collapsus. — *Laparotomie :* rupture de la trompe droite avec fœtus de 10 semaines. Mort de choc.

Obs. LII. — Wyder (*Arch. f, Gyn.*, Band. LXI, Hft. 1-2) a cité quatre cas de *laparotomie,* avec deux guérisons et deux morts, l'une par hémorrhagie, l'autre par accidents septiques.

Obs. LIII. — Tuffier (*Soc. chir.*, 22 novembre 1893). — Femme de 26 ans, grossesse tubaire de deux mois et demi, téguments décolorés ; pouls imperceptible ; température, 36°,5, Bien que l'état général soit celui d'une moribonde. — *Laparotomie*, rupture de la trompe droite. Guérison.

Obs. LIV. — Lammimann (*Lancet*, 30 décembre 1893, p. 1615). — Femme de 35 ans ; dernières règles il y a six semaines. Au quarante-deuxième jour, douleurs à gauche, crises, nausées. Chloroformisation ; le pouls s'arrête ; mort apparente. — *Laparotomie* immédiate ; trompe droite rompue ; arrêt de l'hémorrhagie en pinçant entre les doigts le ligament large gauche. Placenta. Drainage. Guérison.

Obs. LV. — Townsend (*Boston medical*, 1893, p. 438) rapporte trois cas :

a) Nullipare de 26 ans ; aménorrhée en février ; en mars, crise à droite ; en avril, expulsion d'une caduque ; tumeur à droite. — *Laparotomie :* rupture partielle de la trompe droite, avec sang libre dans l'abdomen. Guérison.

b) Nullipare de 32 ans ; dernières règles en janvier ; en mars, fausse couche supposée ; le 3, crise, syncope, perte légère. Le 10, expulsion de caduque. Le 15 avril, *laparotomie ;* grossesse tubaire droite rompue ; sans fœtus, mais avec cellules déciduales. Guérison.

c) Nullipare de 36 ans ; règles normales ; quatre jours après ses dernières règles, crise à droite. — *Laparotomie :* trompe droite partiellement déchirée. Guérison.

Obs. LVI. — Chadwich (*Boston medical*, 2 novembre 1893). Femme bien réglée crise à droite. — *Laparotomie*: rupture de la trompe. Guérison.

Obs. LVII. — Michaux (*Soc. chirurgie*, 15 novembre 1893). Grossesse tubaire de 3 ou 4 semaines, prise pour une hernie ombilicale étranglée ; rupture du pavillon, avec petit œuf du volume d'un grain de raisin, et embryon de 4 semaines. 2 litres de sang dans le ventre. Guérison malgré l'infection que l'épanchement devait avoir subi par la trompe malade elle-même.

Obs. LVIII. — Johnson (*Boston medical*, 15 mars 1894, p. 256) rapporte 6 cas :

a) Femme de 48 ans, dysménorrhéique, depuis la puberté ; en retard d'une semaine ; les règles parurent le 16 août et durèrent 15 jours. Deux semaines après, la perte revint et dura jusqu'au 20 septembre. Alors crise à droite, syncope ; seins plus gros. Le 28 septembre, deuxième crise ; à l'examen, masse très sensible dans le Douglas. — *Laparotomie* : partie externe de la trompe droite, dilatée avec caillots. Ablation bilatérale des annexes. Guérison. Examen histologique de Whitney confirmant la grossesse tubaire.

b) Femme de 28 ans, réglée à 13 ans et régulièrement chaque quatre semaines. IIIpare. En août dernier, pertes, pesanteur dans le ventre et à gauche. Tumeur mobile à gauche. — *Laparotomie* : grossesse tubaire rompue dans le ligament large, avec caillots et débris fœtaux. Guérison.

c) Femme de 38 ans ; IIIpare ; une fausse couche il y a 8 ans, retard de quatre jours ; le 10 octobre, crise avec récidives les 12, 16 et 17. Alors collapsus profond. Opération immédiate ; abdomen rempli de sang fluide ; trompe gauche rompue avec un embryon et une cavité amniotique intacte. Schock. Guérison.

d) Femme de 29 ans ; VIIpare. Irrégulièrement réglée depuis sa première couche, Il y a quatre mois, douleurs à gauche, perte avec caillots. — *Laparotomie* le 20 novembre 1892 ; sang fluide et caillots dans l'abdomen. Rupture de la trompe droite ; ambryon vivant de 4 centim. Guérison.

e) Femme de 24 ans ; mullipare ; bien réglée. Le 11 septembre, règles moins abondantes ; sept semaines après, crises, vomissements ; et jusqu'au 10 décembre, plusieurs crises avec collapsus. Le 10 janvier, collapsus plus prononcé. — *Laparotomie* le 29. Guérison.

f) H..., 36 ans, nullipare, trois fausses couches de deux mois, à un an d'intervalle, la dernière, il y a deux ans. Réglée à 16 ans, toujours régulièrement, et pendant quatre jours. Le 25 octobre, après être restée six semaines sans règles, légère perte, légères douleurs d'accouchement ; le 27,

crise douloureuse qui la met au lit ; plus fortes à droite et allant jusqu'aux côtes ; légère perte. Le 28, elle se lève, le 29, deuxième crise qui l'alite jusqu'au 1er novembre, avec douleurs continuelles. Le 1er novembre, crise et syncope, perte abondante avec sensation de compression du rectum, elle reste au lit jusqu'au 16.

A l'examen, utérus gros, endométrite chronique, petite masse à gauche, élastique, petite masse à droite. — *Laparotomie*, après curettage utérin : demi pinte de sang fluide dans le péritoine, à droite, grossesse tubaire rompue, source de l'hémorrhagie.

A gauche, grossesse tubaire dans le pavillon non rompue. Ablation, pas de drainage. Guérison.

OBS. LIX. — J. PRICE (*Boston medical Journ.*, 1894, p. 244) Rapporte une statistique de 84 laparotomies pour grossesse tubaire avec 81 guérisons.

OBS. LX. — HORROCKS (*ibidem*, p. 268) rapporte trois cas :

a) Grossesse tubaire de six semaines : rupture. — *Laparotomie*. Abomen plein de sang ; ablation des annexes gauches, drainage. Transfusion intra-veineuse d'eau salée. Guérison.

b) Rupture au troisième mois. — *Laparotomie*, Sang libre, fœtus et caillots. Transfusion veineuse. Guérison.

c) Rupture à un mois et demi. — *Laparotomie*. Hémorrhagie excessive pendant l'opération. Mort au quatrième jour.

OBS. LXI. — STARK (*ibidem*, avril 1894, p. 535). — Femme unipare, dernières règles le 22 octobre ; rupture le 10 janvier ; signes de grossesse, malaises, puis brusquement syncope, collapsus. Elle se remet ; quelques jours après, signes de péritonite. — *Laparotomie*. Extirpation de la trompe droite, hémorrhagie très abondante. Guérison.

OBS. LXII. — ŒDHAM (*American Journ. of obst.*, juin 1894) rapporte deux observations :

a) Femme de 30 ans, IVpare, deux fausses couches ; signes de grossesse, masse en arrière et à droite. — *Laparotomie* le 12 avril, la trompe venait de se rompre, abdomen plein de sang. Mort par péritonite le troisième jour.

b) Femme de 25 ans, nullipare, une fausse couche, il y a quatre mois, crise, avec collapsus. Electricité essayée sans résultats. — *Laparotomie*. Grossesse tubaire gauche rompue avec placenta, fœtus et membranes. Guérison.

OBS. LXIII. — FRAISSE (*Soc. d'obst. et de gynécol.*, 18 janvier 1894).

— Femme de 22 ans, opérée in extremis, collapsus extrême, abdomen rempli de caillots, grossesse tubaire gauche rompue. Mort.

Obs. LXIV. — Duhrssen (*Deutsch. med. Woch.*, 1894, nos 2 et 3) a rapporté cinq cas de *laparotomie*, avec quatre guérisons, dues pour lui aux injections sous-cutanées d'eau salée. (Voir le détail des observations au chapitre de la technique.)

Obs. LXV. — Mac Naught (*Brit. medic. Journal*, 1888). — A la suite d'accidents suraigus dû à la rupture d'une grossesse extra-utérine, on pratique une laparotomie. On trouve une grande quantité de sang dans la cavité abdominale, et une hématocèle avec fœtus dans le cul-de-sac de Douglas, par suite d'une rupture de la trompe. On suture la trompe et on l'extirpe. Malgré les lavages de la cavité, des accidents consécutifs, dus à une mauvaise antopsie, se produisirent. La malade finit cependant par guérir.

Obs. LXVI. — Fœrster (*Amer J. of. obst.*, 1890). — Deux cas de *laparotomie* pour grossesse extra-utérine qui furent suivis de guérison. L'opération fut pratiquée après la rupture du sac, dans les deux cas.

Obs. LXVII. — O'Harra (*Obs. Soc. of Philadelphie*, 1886). — *Laparotomie* pour grossesse extra-utérine ayant déterminé la rupture de la trompe le trente-troisième jour. La femme guérit.

Obs. LXVIII. — Hermann (*Brit. medic. J.*, 1888). — Deux heures après l'apparition de symptômes de péritonite suraiguë et d'hémorrhagie interne, dus à la rupture d'une grossesse tubaire, on pratiqua une laparotomie. L'incision donne issue à une grande quantité de sang. On trouve un fœtus de quatre mois dans ses membranes, au milieu des anses intestinales, et encore adhérent par son cordon. Le placenta qui adhérait à la trompe droite fut enlevé avec elle. On mit un drain dans le cul-de-sac de Douglas, et on l'y laissa pendant vingt-quatre heure. La guérison fut complète.

Obs. LXIX. — Mac Murty (*Assoc. de acc. et gyn. américaine*, 1889). — *Laparotomie* pratiquée pour une grossesse extra-utérine. La trompe était rompue. Le fœtus siégeait dans le petit bassin, au milieu d'une masse de caillots. Extirpation du sac. Guérison.

Obs. LXX. — Richardson (*Boston medical and chir. J.*, 1888). — La

laparotomie est pratiquée pour des accidents d'hémorrhagie interne. Une hémorrhagie considérable survint à l'ouverture du ventre. On trouva une grossesse tubaire rompue. Extirpation totale de la trompe et du sac. Guérison.

Obs. LXXI. — Bruhl (*Arch. f. Gynæk.*, 1887). — Grossesse tubaire au troisième mois. Hémorrhagie par rupture de la poche. — *Laparotomie.* Extraction du fœtus et du placenta. On enlève le sac, après qu'on eut détruit ses adhérences aux organes voisins. La femme meurt douze heures après l'opération par hémorrhagie intra-abdominale.

Obs. LXXII. — Zucher (*Cent. f. Gyn.*, 1888). — Femme âgée de 32 ans. On fait une *laparotomie* pour hématocèle et grossesse extra-utérine. On trouve un épanchement de sang dans le petit bassin fourni par une déchirure du tiers moyen de la trompe droite. On découvrit le fœtus dans un caillot situé dans l'abdomen. La trompe fut extirpée entre deux ligatures. La malade mourut d'épuisement le lendemain de l'opération.

Obs. LXXIII. — Bernay (*Deutsch. med. Woch.*, 1890). — Femme âgée de 38 ans, grossesse tubaire rompue. — *Laparotomie;* extirpation totale. Guérison.

Obs. LXXIV. — Bernay (*ibidem*). — Femme de 25 ans; grossesse tubaire récente. — *Laparotomie.* Au moment de l'ouverture du sac, hémorrhagie abondante, arrêtée par constriction avec les doigts. Extirpation après pédiculisation de la trompe et des annexes. Pas d'autre hémorrhagie. Guérison en six semaines.

Obs. LXXV. — Gusserow (*Soc. obst. et gyn. de Berlin*, 1888). — *Laparotomie* pour grossesse extra-utérine, dont le début remontait à six mois. On trouva une rupture de la trompe avec hématocèle, et au milieu de celle-ci, le placenta. Du côté opposé, existait un hydrosalpinx. Guérison.

Obs. LXXVI. — Hollstein (*Deutsch. medic. Woc.*, 1888). — *Laparotomie* pour accidents très graves de grossesse extra-utérine; péritonite septique. Mais après l'opération, les accidents septiques, par suite d'un mauvais nettoyage du foyer, ont persisté quelques jours. La femme guérit au bout de deux mois.

Obs. LXXVI. — Hollstein (*Soc. gaz. Berlin*). — *Laparotomie* pratiquée pour accidents hémorrhagiques. On fait un pédicule à la trompe malade et on l'extrait avec l'œuf qu'elle contient. On ne peut trouver de fœtus dans la cavité. Guérison.

Obs. LXXVIII. — Meinert (*Centralblatt f. Gyn.*, 1888). — La *laparotomie* fut pratiquée dans ce cas à la suite d'accidents aigus, dus à la rupture d'une grossesse extra-utérine. La poche fut ouverte et il en sortit un flot de sang. Meinert extirpa alors rapidement toute la poche avec la trompe, l'hémorrhagie s'arrêta. On trouva dans le cul-de-sac de Douglas un fœtus mesurant 9 centim. de long, et donnant quelques signes de vie. La femme guérit vingt-quatre jours après l'opération.

Obs. LXXIX. — Sparth (*Zeitschrift f. Geburtshift und Gy.*, 1889). — La *laparotomie* est pratiquée par suite d'une hémorrhagie causée par la rupture de la trompe. On ne trouve pas de fœtus. La femme guérit.

Obs. LXXX. — Veit (*Soc. obst. gyn. de Berlin*, 1887). — *Laparotomie* pour grossesse tubaire rompue. On ne peut trouver le fœtus. Extirpation totale de la trompe. La malade guérit.

Obs. LXXXI. — Nyberg (*Centralblatt f. Gyn.*, 1888). — On pratique la *laparotomie* pour hématocèle. La femme était en pleine péritonite. L'œuf et la trompe sont extirpés. Les phénomènes de péritonite s'arrêtent immédiatement. La femme guérit.

Obs. LXXXII. — Matlakowski (*Arch. f. Gyn.*, Bd 38). — Deux cas de *laparotomie* pour grossesse extra-utérine tubaire. Tous deux furent suivis de guérison.

Obs. LXXXIII. — Goffe (*Brit. medic. Journal*, 1888). — *Laparotomie*, On extrait la trompe gauche ; on trouve un fœtus avec son placenta, très petit. La mère guérit.

Obs. LXXXIV. — Obalinsky (*Centr. f. Gyn.*, 1886). — Chez une malade atteinte de grossesse extra-utérine rompue, on voit se manifester des symptômes d'obstruction intestinale. On pratique une *laparotomie*. La femme mourut.

Obs. LXXXV. — Fœrster (*Amer. J. of obst.*, 1890). — Deux cas de

laparotomie suivis de mort. Dans l'une, la femme était complètement mourante au moment de l'opération ; dans l'autre cas, l'opération fut faite sans diagnostic.

OBS. LXXXVI. — FŒRSTER (*Amer. J. of obs.*, 1890). — Dans ce dernier cas, la malade mourut subitement d'hémorrhagie intrapéritonéale presque immédiatement après l'opération.

OBS. LXXXVII. — ROCHET (*Nouv. Arch. obst. et de gyn.*, juin 1893). — Adrienne B..., âgée de 33 ans, ménagère, entre à l'hôpital Stuyvenberg, le 9 février 1893, envoyée par son médecin avec le diagnostic de fausse couche incomplète. Le lendemain matin, défaillance subite. Pertes, soupçon de fausse couche. Face pâle, cireuse, muqueuses décolorées, pouls très rapide, faible température entre 36° et 37°.

Ventre sensible. Au toucher, cul-de-sac postérieur bombé, rénitent, utérus refoulé en avant et en haut, col fermé.

Hémorrhagie interne grave due à la rupture d'une grossesse tubaire. — *Laparotomie.*

L'incision ne donna pas de sang. On eût cru couper dans des tissus exangues, tant était grande l'anémie de la malade. Le ventre ouvert, il s'écoule une quantité de sang liquide et de caillots. On extrait du cul-de-sac postérieur des caillots noirs, tassés, 850 gr. environ.

Le Douglas vidé, extirpation de la trompe gauche déchirée. La trompe enlevée renfermait des annexes d'une grossesse tubaire de six semaines environ, et un morceau de cordon ombilical. Le fœtus ne fut pas retrouvé. Drainage du Douglas.

OBS. LXXXVIII. — NETZEL. (*Nouv. Arch. obst. et gyn.*, juillet 1893). *Première malade.* — 4 enfants, une fausse couche, douleurs dans le côté gauche. Le 11 décembre, l'utérus un peu dévié à gauche, tumeur élastique et sensible, grosse comme le poing, siégeant à droite. — *Laparotomie* le 8 janvier 1892. Cavité remplie de caillots. Saillie en forme de saucisson formée par la trompe droite légèrement adhérente, qui fut extirpée avec l'ovaire. La malade guérit.

Deuxième malade. — 30 ans. En décembre 1891, perte de sang avec douleurs à gauche. Graves symptômes de collapsus. Tumeurs de la grosseur du poing. — *Laparotomie* le 12 février. Trompe gauche distendue et rompue. La malade guérit.

Obs. LXXXIX. — Marsh (*ibidem*). — Femme de 36 ans; signes d'obstruction intestinale aiguë. — *Laparotomie*; large hématome occupant la région hypogastrique gauche, dû à la rupture d'une grossesse tubaire du côté droit. On enlève l'ovaire et la trompe du côté droit. La malade meurt.

Obs. XC. — Lebensbaum et Warszawski. (*Nouvell. arch. obst. et gyné.*, 25 décembre 1893), rapportent trois observations :

a) Grossesse tubaire gauche. Multipare de 40 ans apportée à l'hôpital dans le collapsus. Les fonctions des organes génitaux ont toujours été normales ; elle a eu ses dernières règles il y a deux mois ; et avait des douleurs de temps en temps. Sans aucune cause apparente, des symptômes de collapsus se manifestèrent, une membrane s'élimina par les organes génitaux, accompagnée de gouttes de sang.

État actuel. — Femme très anémiée. Ventre ballonné, très douloureux, renfermant une quantité considérable de liquide libre et cause de la sensibilité excessive du ventre, l'examen bimanuel n'a pu être fait qu'au bout de dix jours ; on constata un ramollissement de l'utérus, augmenté de volume ; au niveau de sa corne gauche, on sentait un corps ovale, élastique assez mobile, douloureuse à la pression. Une grossesse tubaire gauche fut diagnostiquée. Cœliotomie. La tumeur enlevée était constituée par la trompe dilatée, renfermant une quantité énorme de caillots.

La période post-opératoire a été compliquée par la formation d'une tumeur sanguine du mésentère et par l'élimination de caillots muco-sanguinolents fétides par le vagin. Cette dernière complication disparut au bout de quelques jours.

b) Grossesse tubaire droite. Nullipare de 30 ans a eu une paramétrite il y a 12 ans. Suppression des règles, depuis trois mois. La malade perd du sang depuis un certain temps ; une membrane s'est éliminée par le vagin.

État actuel. — Femme assez bien constituée. Utérus augmenté de volume, ramolli, repoussé à gauche par une tumeur immobile du volume d'une orange, occupant le cul-de-sac droit, une partie du cul-de-sac antérieur, et réunie à l'utérus par un court pédicule. Il y a des battements dans cette tumeur. Cœliotomie. La tumeur était constituée par la trompe dilatée et hypertrophiée couverte d'une quantité énorme d'ecchymoses et contenant le placenta, ainsi que l'embryon au troisième mois de son développement. Au bout de quelques jours, on constata une sécrétion fétide, muco-sanguinolente du vagin. La malade guérit.

c) Grossesse tubaire gauche. Femme de 30 ans, se plaint de douleurs

dans le bas-ventre, elle s'est toujours bien portée, et a eu un enfant il y a 8 ans. Suppression des règles depuis deux mois.

A l'examen, on trouva l'utérus augmenté de volume, ramolli et violacé. Le cul-de-sac gauche était le siège d'une tumeur élastique, douloureuse du volume d'une orange. A la suite d'un nouvel examen, des symptômes d'une hémorrhagie interne se manifestèrent brusquement. La malade avoue avoir eu chez elle, plusieurs pertes semblables.

La cœliotomie fut exécutée à la suite de la cinquième hémorrhagie. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoula environ deux litres de sang liquide ou coagulé. La tumeur enlevée était constituée par la trompe gauche et contenait des caillots de sang, ainsi que l'embryon, de sept semaines environ.

A la période post-opératoire, vomissements répétés, combattus par des lavages de l'estomac.

On fit à la malade des injections sous-cutanées de la solution physiologique de chlorure de sodium. A ce moment encore, il s'écoula par le vagin un liquide muco-sanguinolent fétide. La femme quitta l'hôpital guérie.

Obs. XCI. — Meek (*Americ. Journ. of obst.*, janvier 1894, p. 84). — P..., 38 ans, mariée il y a 12 ans, 4 enfants vivants, 3 morts ; 3 fausses couches, la dernière il y a trois mois, en septembre 1892. En avril 1893, un jour de règles ; en mai, pas de règle, tous les signes de la grossesse ; elle se croit enceinte. Le 1er juin, crise ; syncope le 9, en mettant des rideaux ; crise et douleur à gauche.

Diagnostic : Fausse couche, opium ; trois jours après perte abondante, expulsion d'une caduque.

Pendant trois semaines au lit avec signes de péritonite grave, et perte d'un sang noir, non coagulé, en gelée épaisse, avec odeur de lochies mais amais fétide. Elle nota une tumeur à gauche, depuis sa fausse couche, augmentant de plus en plus. A l'examen, tumeur dans la région hypogastrique, au-dessus du pubis, remontant jusqu'à moitié chemin de l'ombilic et dépassant la ligne médiane. En la saisissant, sensation de contraction bien nette, comme les contractions intermittentes d'un utérus gravide. Vaisseaux pulsatiles à la surface. Rien à l'auscultation. Seins augmentés, avec lait.

Diagnostic : Grossesse tubaire ou grossesse dans un utérus bicorne. Le 21 septembre, *laparotomie*, adhérences, petits caillots entre la tumeur et la vessie ; tuumeur à gauche formée par la trompe dilatée. On l'attire au dehors, pédiculisation faite, légature, ablation. Placenta, pas de fœtus ; il avait été évidemment digéré. Il est fort probable que le fœtus avait été

expulsé dans le péritoine, à travers l'ouverture de la trompe, plus tard bouchée par de fausses membranes. L'hémorrhagie continuant, avait de nouveau dilaté la trompe.

Obs. XCII. — Cullingworth (*ibidem*). — Femme de 25 ans, un enfant il y a 14 mois, réglée en juillet 1889.

En août, deux jours avant l'éqoque attendue des règles, douleurs très fortes, pas de règles. En septembre, douleurs et perte irrégulières ; en octobre, abdomen augmenté de volume ; en décembre, elle sent les mouvements du fœtus. En mars, l'abdomen et les mouvements diminuent.

Le 27, elle entre à l'hôpital. Le 1er avril, *laparotomie*, fœtus dans le ligament large. Guérison.

Obs. XCIII. — Phillips (*ibidem*). — Femme de 28 ans, deux enfants. Le dernier, il y a cinq ans, dernières règles le 20 janvier 1891. Elle se croit enceinte, et en a tous les malaises. Dans la dernière semaine d'avril, en pissant, crise sans syncope ; perte légère, depuis, douleurs spasmodiques, surtout à gauche ; seins avec liquide séreux. Le 18 octobre, *laparotomie*, fœtus de 6 mois et demi dans le ligament large gauche. Guérison.

Obs. XCIV. — Mundé (*ibidem*, mai 1894, p. 593) rapporte 5 observations.

a) Multipare ; dernières règles.

Pertes pendant 3 semaines, avec douleurs à gauche, tumeur à gauche légèrement pulsatile, par la rupture.

Laparotomie : Sang et caillots, preuve que la tumeur s'était rompue peu avant ou pendant les préparatifs de l'opération. Pas de fœtus, mais reste du cordon ombilical. Guérison.

b) 28 ans, 1 enfant il y a 8 ans, dernières règles le 11 septembre, coït le 18, avec violence ; le mois suivant pas de règles. Pendant 3 semaines, pertes avec douleurs à droite, utérus gros, ligament large gauche tendu. A droite, masse du volume d'un œuf sensible, pulsatile et fluctuante, 2 jours après laparotomie, et ce fut heureux, car en essayant de pédiculiser la trompe qui formait le sac, elle se rompit avec une grosse hémorrhagie. Guérison.

c) Femme veuve, 3 semaines avant l'opération alsrs masse dans le Douglas, de plus en plus se prolongeant à gauche. — *Laparotomie* : adhérence sac

tubaire rompu en l'enlevant, contenant des caillots. Il y avait eu des pertes et expulsion d'une caduque. Pas de fœtus. Guérison

d) Femme 27 ans, un enfant il y a deux ans; dernières règles le 30 novembre, tumeur fluctuante pulsatile à gauche. Diagnostic : grossesse tubaire. — *Laparotomie* le 15 février; sac irrégulier, mince, rompu en l'enlevant, du volume d'une orange, drainage à la gaze. Guérison. Examen microscopique démontre une grossesse tubaire.

e) Femme 25 ans, retard de deux mois; douleurs, crises, collapsus pendant douze heures. Elle se remet, fièvre, le ventre devient douloureux. Le 23 février, *laparotomie*, adhérences intestinales, sérum sanguin fétide si abondant qu'il croit avoir ouvert un anévrysme de l'aorte. On reconnaît la trompe gauche rompue, ablation du sac. Drainage à la gaze. Injection hypodermique de whiskey; camphre, éther. Guérison graduelle après incidents.

Obs. XCV. — J. W. Elliot (*Boston medical Journ.*, 15 mars 1894).

a) Femme de 32 ans, multipare ; régulièrement réglée ; en septembre 1892 pas de règles, nausées, deux ou trois semaines après crise et perte, lit. Expulsion d'une caduque, perte en octobre, novembre alors crise plus forte. En décembre un peu mieux ; perte et douleurs légères. A l'examen, masse fluctuante à droite, masse plus petite à gauche. — *Laparotomie* le 6 février. Adhérences isolant la cavité pelvienne ; celle-ci pleine de caillots, avec débris placentaires, ovaire et trompe droite enlevés, celle-ci tordue et rupturée. Guérison.

b) Femme de 32 ans. Cinq semaines sans règles; pertes pendant trois semaines avec douleurs. Le 11 février. Diagnostic de grossesse ectopique. Le matin suivant, crise à gauche, vomissements, syncope. Elle est amenée à l'hôpital dans un état critique, pendant la nuit vomissement. Le 13, elle parle difficilement; elle est jaune. — *Laparotomie.* Abdomen plein de caillots; trompe droite plus grosse. Rupture; artère ovarienne très développée; dans les caillots sac avec un embryon. Ablation des deux annexes. Drainage au tube de verre. Guérison.

c) Femme, 30 ans, deux enfants, le dernier il y a six ans, règles régulières jusque-là ; depuis, irrégulières. Le mois avant son entrée règles plus fortes avec douleurs dans le bas-ventre. Depuis les douleurs sont revenues tous les trois ou quatre jours. La semaine avant son entrée, douleurs plus fortes, et curettage utérin. Elle se croyait enceinte de trois mois. A l'examen, utérus gros, masse dans le Douglas ; le jour suivant, elle s'étend jus-

qu'à l'ombilic. État général mauvais; douleur; pouls petit. — *Laparotomie.* Bassin rempli de sang caillé, isolé de l'abdomen par adhérences récentes. Trompe étroite, grosse comme un citron, rompue, avec caillots. Trompe gauche malade. Ablation des deux. Pas de drainage. Guérison.

A l'examen : pas de fœtus, mais villosités choriales.

d) Femme de 37 ans. Un enfant de 11 mois; depuis, règles régulières, jusqu'à il y a un mois. Seins développés et sensibles; se croit enceinte; un mois avant l'examen, crise et vomissements avec syncope et chute, pendant qu'elle attisait le feu. Elle reste au lit huit ou dix jours, avec grandes douleurs. Quand elle se lève, sensation de pesanteur douloureuse dans le bas-ventre, et pertes irrégulières. La nuit qui précède l'examen, première crise avec syncope, vomissements, diarrhée.

A l'entrée à l'hôpital, teint pâle, parole difficile, réponses de même intelligence affaiblie. Pouls et température égalent 100.

Laparotomie. — Sang et caillots dans le pelvis et l'abdomen. Un quart et demi fut à peu près enlevé. Un écoulement de sang frais fut vu venir de la trompe droite; les deux trompes et les deux ovaires étaient inclus dans une hématocèle et furent enlevés. Pas de drainage. Pas de choc. Lavements salés dans le rectum. Guérison retardée par un abcès pelvien.

Observations d'élytrotomie.

Nous ne nous sommes pas attachés à recueillir toutes les observations de ce genre qui ont été publiées. Et nous donnons seulement ici les cas personnels que nous avons pu voir, suivis de quelques exemples d'hystérectomie vaginale, pour hématocèle.

Obs. 24 (personnelle). — Elise B..., 25 ans, trois grossesses, retard de deux mois, signes de grossesse du côté des seins, vomissements; il y a semaines, douleur, syncope, frisson, nausées, hémorrhagie; depuis pertes continues. Col en haut et à gauche, fond à deux doigts de l'ombilic. A gauche, empâtement diffus, on sent la trompe. En arrière, grosse masse avec parties dures et parties plus molles.

25 janvier. Incision. Drainage avec un tube en croix.

24 février. Sort guérie, utérus mobile.

Obs. 25 (personnelle). — C..., 30 ans, couturière. Réglée à 14 ans, bien mariée à 26, ni grossesse, ni fausse couche.

27 décembre. Les règles apparaissent et cessent, le 2 janvier 1893, brusquement. Alors, douleurs, vertige, syncope.

Le lendemain, vives douleurs à gauche, puis métrorrhagie abondante. La douleur à gauche disparaît. A la fin de janvier, douleur à droite, par accès, avec vomissements.

Entre le 27 février. Col gros, étalé, pas très mou, un peu en avant; corps mal perçu. En arrière, saillie globuleuse dans le cul-de-sac postérieur, rénitente, prolongée à droite et à gauche, englobant l'utérus. Pigmentation brunâtre de la ligne blanche. Tubercules de Montgomery bien marqués.

1er mars 1893. Incision du cul-de-sac postérieur; caillots anciens commençant à s'organiser et renfermant une membrane d'apparence fœtale. Lavage. Il reste une poche du volume d'une noix de coco, tampon à la gaze iodoformée.

Le 27. Exeat.

Observations d'hystérectomie vaginale.

Obs. 26 (inédite). Clinique de Necker. — Valentine N..., 28 ans, réglée à 14 ans, VIpare, est prise le 3 mai, après un retard de trois semaines, d'une forte perte mise sur le compte d'une fausse couche ou d'un fibrome. Elle entre à Necker le 19 août. L'utérus est porté à droite par une tumeur siégeant à gauche, du volume d'une tête d'enfant, fluctuante, douloureuse. Le 31 août, poussée douloureuse. Le 12 septembre, hystérectomie vaginale pour double salpingite supposée. On trouve à gauche une énorme poche pleine de caillots ; à droite une salpingite catarrhale. A la suite, fistule stercorale, et mort le 22 novembre.

Obs. 27 (inédite). Clinique de Necker. — Julienne L..., 37 ans, entre le 12 septembre à Necker. Règles irrégulières avec métrorrhagies ; douleurs ; grosse masse en arrière, se prolongeant vers les deux fosses iliaques. Le 1er octobre, hystérectomie vaginale : poche avec caillots sanguins. Guérison. Exeat le 1er novembre.

Obs. 28 (inédite). Clinique de Necker. — Clara T..., mécanicienne, entre le 14 juillet à Necker, pour phénomènes douloureux dans le bas-

ventre. A l'examen, tumeur volumineuse en arrière et à gauche. Le 4 août, hystérectomie vaginale ; la malade meurt le jour même d'une hémorrhagie qu'un tamponnement deux fois renouvelé ne peut arrêter. Il s'agissait d'une grossesse extra-utérine rompue.

OBS. due à TOURNAY (*Congrès français de chirurgie*, avril 1893). — Femme stérile depuis quinze ans ; signes rationnels de grossesse ; tumeur à droite ; signes d'avortement ; poussée de péritonite. *Laparotomie*. Impossible d'extraire la poche. On ferme le ventre et on fait alors l'hystérectomie vaginale par morcellement. Extraction d'un fœtus avec son placenta. Guérison.

Nous rapportons, pour terminer, l'observation curieuse d'une grossesse tubaire probable évacuée par l'utérus après dilatation, et que nous devons à l'obligeance de notre collègue et ami Jayle.

OBS. JAYLE. — *Hématosalpynx gauche vidé par la cavité utérine après dilatation de cette dernière.* — Louise G..., âgée de 24 ans, entrée le 21 mars 1893, salle Barth, n° 12 *bis*, à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette malade entre pour des douleurs abdominales et des méthrorrhagies. Le début des accidents remonte à décembre 1892, pendant tout ce mois, la malade a eu des pertes rouges assez abondantes. En janvier elles ont cessé, mais sont revenues le 15 février pour ne plus disparaître.

État actuel. — Phénomènes de pelvi-péritonite : les culs-de-sac, surtout le gauche et le postérieur sont occupés par une masse irrégulière, douloureuse, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il est impossible de délimiter le corps de l'utérus.

Le col est *ramolli* et l'orifice entr'ouvert. De plus les seins ont augmenté de volume depuis décembre. Le diagnostic porté est : grossesse probable compliquée de salpingite double (plus accentuée à gauche) et de pelvi-péritonite.

Sous l'influence du repos et d'un traitement médical, les douleurs ont peu à peu disparu ; la température qui était lors de l'entrée de 38°,5 le soir, est tombée à 37°,5 le soir et n'a plus reparu. Les parties rouges, bien que peu abondantes, n'ont pas cessé et ne disparaîtront d'ailleurs qu'à la fin de la maladie. Du côté du petit bassin, l'exploration est peu à peu devenue plus facile et le 8 mai, on constatait nettement l'état suivant :

Col mou. Utérus, de dimensions ordinaires, rejeté à droite.

A gauche, tumeur mobile, assez dure, irrégulière, non fluctuante, peu douloureuse, de la grosseur d'une orange, un peu allongée transversalement, ne déprimant pas le cul-de-sac, mais rejetant l'utérus à droite.

A droite, les annexes sont perceptibles et forment un petit cordon.

D'autre part, les seins sont un peu gros, légèrement vascularisés et picotent depuis une quinzaine ; quelques tubercules de Montgomery, surtout à droite.

Le diagnostic resta hésitant entre grossesse tubaire et salpingite kystique gauche. A droite, salpingite parenchymateuse légère. La malade refuse la laparotomie et réclame un curettage.

9 mai. On met une laminaire : l'hystérométrie pratiquée préalablement, indique 6 centimètres et demi.

Le 10. Deuxième laminaire.

Le 11. La malade a perdu du sang noir depuis hier. Craignant l'effet nuisible d'un curettage s'il s'agit d'hématosalpynx ou de grossesse tubaire, je décide enfin la malade à subir la laparotomie.

La laminaire est retirée et remplacée par une mèche de gaze iodoformée.

La malade perdit abondamment du sang noirâtre, avec quelques caillots, les trois jours suivants. On constata alors que la tumeur de gauche avait disparu. Elle s'était vidée dans l'utérus, sans doute sous l'influence de la dilatation de la cavité utérine.

Quinze jours après la malade quittait l'hôpital ; elle ne ressentait plus de douleurs et ne perdait plus.

CONCLUSIONS

I. — L'étude de l'hématocèle péri-utérine ne doit pas être distraite de celle des hémorrhagies pelviennes, dont elle constitue simplement la phase inconstante et dernière.

II. — La source de beaucoup la plus commune en est dans la rupture ou l'avortement d'une grossesse tubaire, 99 p. 100 pour Veit et Zweifel; bien plus rarement dans une salpingo-ovarite hémorrhagique compliquée de pachy-péritonite.

Pratiquement, comme l'a montré Lawson Tait, on doit toujours songer à une grossesse ectopique.

III. — L'hémorrhagie se comporte de deux façons :

a) Le plus souvent, en l'absence de barrières néomembraneuses, elle se prolonge, continue ou par crises, jusqu'à la mort de la malade qui peut survenir brusquement, en quelques heures ou en quelques jours. La reprise de l'hémorrhagie peut enlever les malades qui auraient résisté à une première atteinte. Ce sont les cas graves ; ils répondent toujours à des grossesses tubaires.

b) Plus rarement, ce sont les cas bénins, à la faveur de lésions péritonéales antérieures ou concomitantes, l'épanchement s'arrête et s'enkyste. Il se résorbe ensuite avec une rapidité d'autant moindre que la séreuse est plus malade; ou il suppure par infection du voisinage.

IV. — L'intervention diffère dans les deux cas :

a) A l'hémorrhagie diffuse, sans tendance à la stase, il faut opposer la laparotomie d'urgence, aussitôt qu'elle est reconnue.

L'état syncopal de la malade nécessitera parfois certaines précautions pré-opératoires. L'injection dans le tissu cellulaire d'eau salée, jusqu'au relèvement du pouls, paraît devoir à l'avenir donner les meilleurs résultats. Le ventre ouvert, on ira immédiatement du côté

lésé atteindre le ligament large à sa base ; on enlèvera les annexes malades, des deux côtés s'il le faut ; et on drainera le plus souvent.

Lawson Tait a ainsi obtenu 40 succès sur 42 opérations, soit 95,2 p. 100 de survie.

Nous-même avons pu recueillir un nombre total de 249 cas de rupture avec signes graves immédiats ou secondaires. 76 fois on n'est pas intervenu, et il y a eu 66 morts, soit 85,8 p. 100, et 11 guérisons spontanées, soit 14,2 p. 100 ; 173 fois on a pratiqué la laparotomie, avec 4 résultats non indiqués : 134 guérisons, soit 78,7 p. 100, et 35 morts, soit 21,3 p. 100.

En analysant ces interventions et celles que Binaud a fournies dans sa thèse, nous trouvons 79,1 p. 100 de survie pour les opérations d'urgence, 82 p. 100 pour les opérations rapides ; 90,5 pour les opérations retardées ; 82,2 p. 100 pour les opérations tardives.

Ces chiffres nous paraissent décisifs.

b) L'épanchement enkysté ne réclame pas d'intervention hâtive. S'il est aseptique et de petit volume, expectation doublée d'une antisepsie vaginale soigneuse et d'un repos absolu.

S'il est volumineux, lent à se résorber, ou s'il suppure, il faut intervenir par le vagin, le plus souvent par l'incision suivie de drainage du cul-de-sac postérieur ; très exceptionnellement, par l'hystérectomie vaginale, si l'élytrotomie simple ne peut suffire.

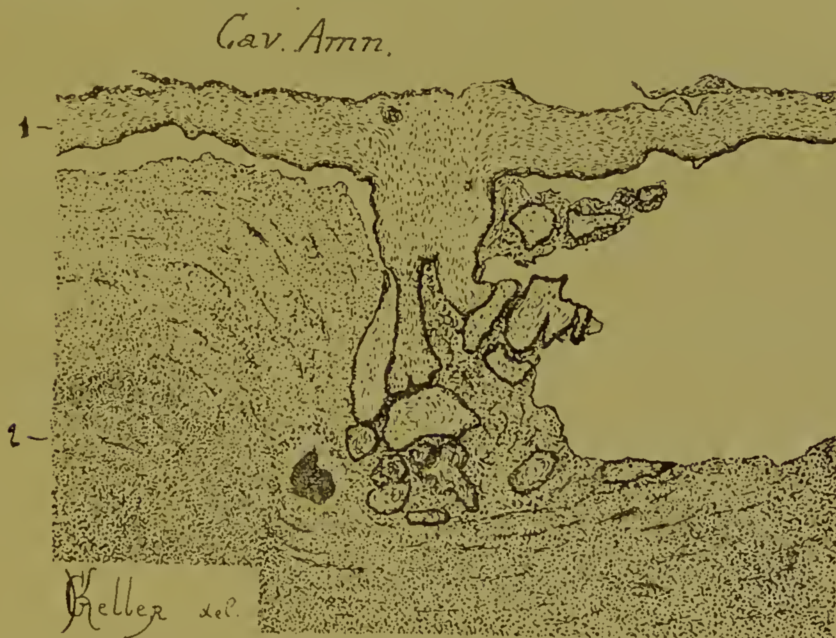
Il faut toujours, avant d'entreprendre une intervention par voie vaginale, attendre l'arrêt définitif de l'hémorrhagie.

— — —



Grossesse tubaire rompue. HARTMANN et PILLIET, 1894.
Coupe de la paroi tubaire.

La figure représente une villosité du placenta (*e*), coiffée de ses cellules à noyaux multiples s'enfonçant dans un lac sanguin (*b*) de la muqueuse tubaire. Ce lac sanguin est creusé dans les plans musculaires de la trompe; et la paroi musculaire (*a*) est extrêmement réduite. Cette pièce explique la rupture possible de la trompe par la pénétration des villosités placentaires dans l'épaisseur de la paroi tubaire.



Grossesse tubaire rompue. HARTMANN et PILLIET, 1894.
Coupe des villosités du caillot.

Cette pièce représente la paroi de la cavité amniotique, laquelle cavité ne contenait pas de fœtus (1), de cette paroi se détache un bouquet de villosités qui se ramifient et s'enfoncent dans un caillot sanguin (2). Elles commencent à s'œdématier en leur centre et à subir la dégénérescence myxomateuse. Les plus profondes sont chargées de pigment sanguin. Le caillot est formé de couches stratifiées. La paroi de la trompe n'est pas figurée dans ce dessin.

TABLE DES MATIÈRES

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE